

# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

“Αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας  
στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή”

Ονοματεπώνυμο: Ρήγα Ειρήνη

A.M.: 1013102

Επιβλέποντες Καθηγητές:

1. Δρ. Καραπέτσας Ανάργυρος, Καθηγητής Νευροψυχολογίας-  
Νευρογλωσσολογίας
2. Δρ. Βαβουγιός Διονύσης, Καθηγητής Φυσικών Επιστημών

ΒΟΛΟΣ 2016-2017



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ & ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»**

Αριθ. Εισ.: 16517/1  
Ημερ. Εισ.: 17-01-2018  
Δωρεά: Συγγραφέας  
Ταξιθετικός Κωδικός: ΠΤ - ΠΕΑ  
2017  
ΡΗΓ

## Περίληψη

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) χαρακτηρίζεται από στρεσογόνες, ανεπιθύμητες, ιδεοληπτικές σκέψεις και από επαναλαμβανόμενες ψυχαναγκαστικές φυσικές ή νοητικές πράξεις. Αν και κατά το παρελθόν θεωρείτο ότι είναι μία σπάνια διαταραχή, κατά τις τελευταίες δεκαετίες πιστεύεται ότι 1 στα 40 άτομα θα παρουσιάσει τα συμπτώματα της ΙΨΔ (Brady, 2013· Karno et al., 1988). Στην παρούσα μελέτη περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της νόσου όπως και οι τρόποι θεραπείας και αντιμετώπισής της. Αν και μπορεί να έχει χρόνιο χαρακτήρα και ποικίλα συμπτώματα είναι εφικτό να θεραπευτεί.

Οι δύο σημαντικότεροι τρόποι αντιμετώπισης είναι η φαρμακευτική αγωγή και η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία. Μέσα από τη σύγκριση προκύπτει ότι η τελευταία θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της νόσου, καθώς δεν παρουσιάζει υποτροπές και είναι κατάλληλη για την πλειοψηφία των περιπτώσεων, χωρίς αυτό να αναιρεί και τη δυνατότητα συνδυαστικής εφαρμογής και των δύο θεραπειών. Επιπρόσθετα, η συμβολή της οικογένειας είναι καθοριστική όπως και η διαχείριση της θεραπείας από τον θεράποντα αλλά και από τον θεραπευόμενο. Οι λανθασμένοι χειρισμοί δύνανται να ενισχύσουν τα συμπτώματα, ενώ η σωστή στάση να οδηγήσει στη βελτίωση του ασθενούς και της ποιότητας της ζωής του.

### Λέξεις κλειδιά:

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, Ιδεοληψίες, Ψυχαναγκασμοί, Φαρμακευτική Αγωγή, Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία, Αποτελεσματικότητα Γ.Σ.Θ., Ποιότητα της Ζωής (QoL).

## **Abstract**

Obsessive-Compulsive disorder (OCD) is characterized by distressing, unwanted, obsessive thoughts and by repetitive compulsive physical or mental acts. Although once thought to be a rare disorder, in recent decades believed that 1 in 40 people will present OCD symptoms (Brady, 2013; Karno et al., 1988). This study describes the characteristics as well as the different ways of treatment. Although OCD may have chronic nature and various symptoms it is feasible to cure.

Two of the most important treatment procedures are the Pharmacotherapy and the Cognitive-Behavioral Therapy (C.B.T.). The comparison of those two treatment procedures shows that the latter is the most effective way of treating this disorder, because there are no relapses and is suitable for the majority of the OCD cases. The previous statement does not imply that there is not possible a combined application of both treatments. Additionally, the contribution of the family is essential as the management of the treatment from the therapist and the client. The wrong handle of OCD treatment can enhance the symptoms while the right attitude can lead to the improvement of the patient's condition and the Quality of his Life (QoL).

### **Keywords:**

Obsessive Compulsive Disorder, Obsessions, Compulsions, Pharmacotherapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Efficacy of C.B.T., Quality of Life (QoL).



## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου Δρ. Καραπέτσας Ανάργυρος και Δρ. Βαβουγιό Διονύση ,οι πολύτιμες συμβουλές των οποίων με βοήθησαν να διεκπεραιώσω την εργασία αλλά και στην κατανόηση-κριτική θεώρηση κάποιων θεμελιωδών αρχών της ερευνητικά τεκμηριωμένης ψυχοπαρεμβατικότητας και συγκεκριμένα της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας ως παρέμβαση πρώτης γραμμής στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Αδιαμφισβήτητα σημαντικός αρωγός στην προσπάθεια αυτή ήταν και η Διδάκτορας Ειρήνη Ροδόπη Λασκαράκη.

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	iii
Abstract .....	iv
Ευχαριστίες.....	v
Κατάλογος Εικόνων .....	ix
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>1</b>
Υπόβαθρο της έρευνας .....	1
Υπόθεση εργασίας .....	2
Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις .....	2
Σκοπός και σημαντικότητα της εργασίας .....	3
Δομή της εργασίας .....	4
<b>1 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....</b>	<b>6</b>
1.1 Ορισμός.....	6
1.2 Ιστορική ανασκόπηση.....	8
1.3 Επιδημιολογία .....	9
1.4 Κλινική εικόνα .....	10
1.4.1 Ιδεοληψίες.....	11
1.4.2 Ψυχαναγκασμοί.....	12
1.4.3 Χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΙΨΔ .....	13
1.5 Αίτια .....	14
<b>2 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΙΨΔ.....</b>	<b>17</b>
2.1 Φαρμακευτική παρέμβαση .....	17
2.1.1 Παρενέργειες της Φαρμακευτικής Παρέμβασης .....	20
2.1.2 Νευροχειρουργική αντιμετώπιση.....	21

2.2 Ψυχοθεραπείες .....	22
2.2.1 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία .....	22
2.2.2 Ύπνωση και θεωρία Gestalt.....	23
2.3 Γνωσιακές –Συμπεριφορικές Θεραπείες.....	23
2.3.1 Γνωσιακή προσέγγιση.....	23
2.3.2 Συμπεριφορική προσέγγιση .....	25
2.3.3 Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία.....	27
2.4 Τεχνικές και μέθοδοι στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία .....	29
2.4.1 Η πορεία της τεχνικής της Γ.Σ.Θ. ....	30
<b>3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ</b>	
<b>ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....</b>	<b>35</b>
3.1 Εισαγωγή .....	35
3.1.1 Σύγκριση της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας με τη Φαρμακευτική .....	35
3.2 Αποτελεσματικότητα της Γ.Σ.Θ. ....	38
3.2.1 Γ.Σ.Θ. σε γυναίκες που εγκυμονούν ή θηλάζουν & σε παιδιά ή εφήβους με ΙΨΔ.....	39
3.3 Η Γ.Σ.Θ. σύμμαχος στην ίαση της ΙΨΔ.....	41
3.4 Αλλαγές στην ποιότητα ζωής μέσα από την Γ.Σ.Θ. ....	42
3.5 Περιορισμοί της Γ.Σ.Θ.....	46
3.5.1 Πώς μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική η Ε.Π.Α.; .....	48
<b>4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>50</b>
4.1 Συζήτηση.....	50
4.2 Συμπεράσματα .....	55
4.3 Περιορισμοί της έρευνας .....	57
4.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα .....	58
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>60</b>

Ξενόγλωσσες Αναφορές .....	60
Περιοδική έκδοση .....	61
Διαδικτυακές Αναφορές .....	66
<b>Παράρτημα .....</b>	<b>69</b>
Παράρτημα Ι .....	69
Παράρτημα ΙΙ .....	70
Παράρτημα ΙΙΙ.....	73

## Κατάλογος Εικόνων

<b>Εικόνα 1.2.</b> – Υπερβολικό πλύσιμο των χεριών	13
<b>Εικόνα 1.3.</b> – Διαφορά ατόμων με ΙΨΔ από άτομα χωρίς ΙΨΔ	15
<b>Εικόνα 3.1.</b> – Η πορεία των αλλαγών των συμπτωμάτων	36
<b>Εικόνα 3.2.</b> – Διαφορές στα επίπεδα του μεταβολισμού της γλυκόζης ασθενών με ΙΨΔ πριν και μετά τη θεραπεία	37
<b>Εικόνα 3.3.</b> – Σύγκριση των υγιών δειγμάτων με τα δείγματα με ΙΨΔ	45

## **Κατάλογος Πινάκων**

<b>Πίνακας 2.1.</b> – Εκτιμήσεις αποτελεσμάτων της Γνωσιακής θεραπείας και της τεχνικής έκθεση- παρεμπόδιση απάντησης	25
<b>Πίνακας 2.2.</b> – ABC: Εντοπισμός της υποβόσκουσας πεποίθησης	34

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## Υπόβαθρο της έρευνας

Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι ένα πολύπλοκο και πολλές φορές εξουθενωτικό σύνδρομο για τη ζωή του ατόμου που παρουσιάζει τα συμπτώματα της νόσου. Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες το «τοπίο» της συγκεκριμένης διαταραχής ήταν ομιχλώδες, γεγονός που εμποδίζει τη σωστή διαχείριση και αντιμετώπισή της. Έτσι τα αίτια, η επιδημιολογία, οι θεραπευτική προσέγγιση αποτελούσε ένα παζλ για τους εκάστοτε ερευνητές που όμως δεν είχαν όλα τα κομμάτια για να το λύσουν. Σε αυτή την εικόνα προστίθετο και η τάση των ατόμων με Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή να κρύβουν τα συμπτώματα, άλλοτε λόγω άγνοιας και άλλοτε λόγω ντροπής με αποτέλεσμα η νόσος να εξελίσσεται σε μία σοβαρή κατάσταση χρόνιου χαρακτήρα (Abramowitz, Taylor & McKay, 2009).

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει αυξανόμενο το ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Το ενδιαφέρον αγγίζει το παγκόσμιο επίπεδο μιας και σύμφωνα με έρευνες (Brady, 2013· Calamari et al., 2012) ένα (1) στα σαράντα (40) άτομα πάσχει από Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Αν και εμφάνιση της νόσου δύναται να αναζητηθεί ακόμη και στον Μεσαίωνα προς το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα ο Freud της απέδωσε στοιχεία νεύρωσης (Steketee, 2012). Τον ίδιο αιώνα εισάγεται ο όρος ψυχαναγκασμός από τον Westphal (Stone, 1997), αναφερόμενος στις εκδηλώσεις της συμπεριφοράς ενός ατόμου που πάσχει από την εν λόγω διαταραχή.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου είναι δύο: οι ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί. Οι περισσότεροι πάσχοντες προσπαθούν να αντισταθούν σε ανεπιθύμητες σκέψεις και να τις απομακρύνουν, προσπαθώντας να μην υποκύψουν στους καταναγκασμούς που υποβάλουν τον εαυτό τους. Τις περισσότερες φορές τα άτομα αυτά μπλέκονται σε ένα φαύλο κύκλο όπου το μόνο που επιτυγχάνουν είναι να ενδυναμώνουν τα συμπτώματα αυτά. Τα προηγούμενα χαρακτηριστικά συνοδεύονται από τη ντροπή, τη μυστικότητα και τη χρόνια μορφή που μπορεί να πάρει η διαταραχή, οδηγώντας τον πάσχοντα σε μία ζωή παγιδευμένη σε περιορισμούς (ocfoundation.org, 2013. Σανίδα, 2013· Hyman & Pedrick, 2009). Παρά τον χρόνιο



χαρακτήρα που μπορεί να έχει η διαταραχή, δύναται να αντιμετωπιστεί επιτυχώς με τη χρήση της κατάλληλης θεραπείας.

### **Υπόθεση εργασίας**

Στην παρούσα μελέτη και μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αναμένεται να εξεταστεί ο ρόλος και η αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας στην αντιμετώπιση της Ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Υπάρχουν πλείστες προσεγγίσεις για τη διαχείριση της νόσου, όπως η φαρμακευτική αγωγή, η ύπνωση, η μέθοδος Gestalt και οι ψυχοθεραπείες.

Θεωρούμε ότι τα αποτελέσματα της Γνωσιακής- Συμπεριφορικής Θεραπείας και η χρήση των επιμέρους τεχνικών της, παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιτυχία σε σχέση με άλλες μορφές θεραπείας, τόσο στη βελτίωση των συμπτωμάτων όσο και στη διατήρηση της ποιότητας ζωής του ατόμου με ΙΨΔ. Παράλληλα, ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο υποτροπής καθώς είναι κατάλληλη για την πλειοψηφία των ασθενών.

### **Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις**

Στα επόμενα κεφάλαια παρουσιάζονται οι διαφορετικές θεραπευτικές μέθοδοι, κάνοντας κυρίως τη σύγκριση μεταξύ των δύο σημαντικότερων μορφών θεραπείας: της φαρμακευτικής αγωγής και της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας. Αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι η χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων, γνωστά ως «αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης», επηρεάζουν το νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη που συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής (Koran et al, 1996).

Θεωρούμε ότι η Γνωσιακή- Συμπεριφορική Θεραπεία υπερτερεί της φαρμακευτικής στα εξής σημεία:

1. Δεν υπάρχει κίνδυνος υποτροπής ή παρενεργειών, πράγμα πιθανόν να συμβεί στη χρήση των φαρμάκων.
2. Ο ασθενής είναι περισσότερο δεκτικός σε μία θεραπεία αυτο-ίασης παρά σε μία φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να του προκαλεί δυσάρεστες αντιδράσεις.

3. Η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας εμφανίζει χρόνιο χαρακτήρα σε αντίθεση με τη φαρμακευτική αγωγή. Αυτό συμβαίνει, γιατί πολύ συχνά μετά τη διακοπή των φαρμάκων τα συμπτώματα μπορεί να επανεμφανιστούν και ίσως πολύ πιο ισχυρά. Αντίθετα, το άτομο που έχει δεχτεί τη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία μαθαίνει να διαχειρίζεται τις εμμονικές του σκέψεις, να τις τροποποιεί και σε πιθανή επανεμφάνισή τους μπορεί να τις διαχειριστεί ακόμη και χωρίς τη βοήθεια κάποιου ειδικού.

Επίσης η Γ.Σ.Θ. θεωρούμε ότι συμβάλλει και στην ποιότητα της ζωής του ατόμου. Με τη χρήση της Ε.Π.Α. και την προσθήκη των κατάλληλων στρατηγικών μηνυμάτων η Γ.Σ.Θ. δεν επηρεάζει μόνο τα συμπτώματα της ΙΨΔ αλλά και τους ευρύτερους τομείς της ζωής του πάσχοντος

### **Σκοπός και σημαντικότητα της εργασίας**

Πρέπει να τονιστεί ότι οι θεραπείες, οποιασδήποτε προσέγγισης, δεν λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους. Πολλές φορές η μία μπορεί να συμπληρώνει την άλλη (Simpson et al, 2013. Σκαπινάκης, 2013) και αυτό λειτουργεί θετικά στην αντιμετώπιση της διαταραχής.

Με την παράθεση της βιβλιογραφίας επιδιώκεται να δοθεί μία γενική εικόνα των χαρακτηριστικών της νόσου, μέσα από το πρίσμα διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Συμπεραίνεται ότι οι δυνατότητες του ανθρώπινου εγκεφάλου είναι απεριόριστες και με τη βοήθεια της σωστής καθοδήγησης και της χρήσης συμπεριφορικών τεχνικών, όπως της «Εκθεσης και Παρεμπόδισης της Απάντησης», το άτομο εκτίθεται στο φοβικό του αντικείμενο και είναι σε θέση να το διαχειριστεί, χωρίς να εκτελεί τους ψυχαναγκασμούς που του επιβάλει η νόσος.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να τονίσει αφενός τη σοβαρότητα της συγκεκριμένης διαταραχής, ιδιαίτερα όταν αυτή δε χρήζει της προσοχής που πρέπει αφετέρου δε, υπογραμμίζει τον ρόλο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας στην επιτυχή αντιμετώπισή της όπως και στη βελτίωση της ζωής του πάσχοντος. Βελτιώνει παράλληλα τη λειτουργικότητά του σε τομείς που πλήττει η ΙΨΔ, όπως είναι η ψυχική υγεία, η κοινωνική λειτουργικότητα ή ακόμη και η σωματική υγεία Diefenbach et al. (2007). Επιπρόσθετα, η βιβλιογραφική έρευνα δύναται να

λειτουργήσει ως το εφελτήριο για μελλοντική εμπειρική καταγραφή και μελέτη της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής στην Ελλάδα.

## **Δομή της εργασίας**

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της Ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής όπως και η εξέλιξή της μέσα από μία ιστορική ανασκόπηση. Στη συνέχεια του ίδιου κεφαλαίου παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου καθώς και τα χαρακτηριστικά που σχηματίζουν την κλινική εικόνα. Πιο συγκεκριμένα περιγράφονται τα δύο κύρια χαρακτηριστικά αυτής: οι Ιδεοληψίες και οι Ψυχαναγκασμοί αλλά και δευτερογενή γνωρίσματα που περιγράφουν τη νόσο. Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου γίνεται μία περιγραφή στα αίτια της διαταραχής όπως και μία περιγραφή της εξέτασης PET (Brady, 2013).

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται οι τρόποι αντιμετώπισης και θεραπείας της Ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Με βασικότερη αναφορά στις δύο πιο σημαντικές προσεγγίσεις: τη φαρμακευτική και τις ψυχοθεραπείες. Στη φαρμακευτική θεραπεία περιγράφονται τα πλεονεκτήματα των φαρμάκων που επηρεάζουν το νευρομεταβιβαστή σεροτονίνη, ο οποίος συνδέεται με την εμφάνιση της διαταραχής (Koran et al, 1996), όπως και οι παρενέργειες που μπορεί να προκληθούν από τη μακροχρόνια χρήση αυτών.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται η περιγραφή διαφορετικών προσεγγίσεων, που δεν απαιτούν τη χορήγηση φαρμάκων: της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, της ύπνωσης και της θεραπείας Gestalt ( Johnson & Hallenbeck, 1985. Morphy, 1980). Η Γνωσιακή και η Συμπεριφορική προσέγγιση αναλύονται ως ξεχωριστές παρεμβάσεις και στο τέλος του κεφαλαίου περιγράφεται η συνδυαστική τους λειτουργία (ocduk.org, 2013). Στο τέλος του κεφαλαίου περιγράφεται η συνδυαστική τους λειτουργία, όπως και οι μέθοδοι και οι τεχνικές που ακολουθούνται. Συγκεκριμένα, περιγράφονται τα βήματα που ακολουθεί η Γ.Σ.Θ., έτσι όπως τα παραθέτει ο Cordioli(2008) καθώς και σημεία που χρήζουν προσοχής: η ύπαρξη συνοδών νοσημάτων, οι αντενδείξεις ή οι παράγοντες πρόβλεψης της μη - απόκρισης στη Γ.Σ.Θ και η ψυχο- εκπαίδευση και τα κίνητρα για τη θεραπεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά η δραστηριότητα της Γνωσιακής- Συμπεριφορικής Θεραπείας, αξιολογώντας την αποτελεσματικότητά της μέσα από τη

σύγκρισή της με τη Φαρμακευτική Θεραπεία και διεξάγεται το συμπέρασμα ότι η πρώτη υπερτερεί της τελευταίας σε πολλά σημεία, όπως στο ότι είναι κατάλληλη για την πλειοψηφία των ατόμων, ανεξάρτητα από ηλικία ή άλλο δημογραφικό ή κοινωνικό χαρακτηριστικό (Anand et al, 2011. Braga et al, 2010. Houghton et al, 2010). Επιπρόσθετα, προσεγγίζεται το ζήτημα της αλλαγής στην ποιότητα ζωής του ατόμου με ΙΨΔ. Παρουσιάζονται τα ευρήματα δύο ερευνών των Diefenbach et al., (2007) και των Moritz et al., (2005) που αφορούν στη μέτρηση της QoL και στο ρόλο της Γ.Σ.Θ. Ακολούθως, περιγράφονται αναλυτικά οι περιορισμοί στην εφαρμογή της Γ.Σ.Θ. και κυρίως της Ε.Π.Α. (Bonchek, 2009). Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο αυτό, παρατίθενται προτάσεις για το πώς δύναται η Ε.Π.Α. να είναι περισσότερο αποτελεσματική, παρά τους τυχόν περιορισμούς.

Στο τέλος της παρούσας έρευνας γίνεται η συζήτηση και παρατίθενται τα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας. Επιπρόσθετα, καταγράφονται οι περιορισμοί και οι προτάσεις για περαιτέρω μελλοντική έρευνα. Μετά την παράθεση των πηγών που αντλήθηκε η βιβλιογραφία, υπάρχει το παράρτημα στο οποίο παρουσιάζονται παραδείγματα περιπτώσεων με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, με σκοπό την ολόπλευρη περιγραφή και κατανόηση των χαρακτηριστικών της συγκεκριμένης διαταραχής.



# 1 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

## 1.1 Ορισμός

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό ΙΨΔ (IOCDF<sup>1</sup>, 2013), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ<sup>2</sup>) δύναται να εμφανιστεί ως μία επαναλαμβανόμενη σκέψη ή εικόνα στο μυαλό. Το άτομο, παρά το γεγονός ότι δεν επιθυμεί να κάνει αυτή τη σκέψη, αδυνατεί να την αποβάλει με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος να λαμβάνει συνεχείς προειδοποιήσεις κινδύνου. Παρόλα αυτά το άτομο μπορεί να είναι σε θέση να αντιληφθεί ότι ο φόβος και το άγχος που προκαλεί μία κατάσταση, μπορεί να μην έχουν λογική. Σε αντίθεση το άτομο που πάσχει από ΙΨΔ, παραπλανάται μιας και τα προειδοποιητικά σήματα του εγκεφάλου δεν λειτουργούν σωστά.

Πολλοί άνθρωποι έχουν εμπειρίες που θεωρούμενες ως ασήμαντες, αποβάλλονται από το μυαλό. Λόγου χάρι: το επαναλαμβανόμενο πλύσιμο ή καθάρισμα των χεριών, ακόμη και λίγα λεπτά αφού το άτομο τα έχει ήδη πλύνει, ο φόβος που αφορά σε σοβαρές ασθένειες ή ο φόβος ότι ξεχνά κάτι, όπως το να κλειδώσει την πόρτα. Οι πάσχοντες από ΙΨΔ, σε αντίθεση με τα ανωτέρω άτομα, δεν αδιαφορούν γι' αυτές τις σκέψεις αλλά «συνοδεύονται» από αυτές καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας (Hyman & Pedrick, 2009. Σανίδα, 2013. IOCDF, 2013).

Σύμφωνα με τον Σκαπινάκη (2013), κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον ως προς τη μελέτη της ΙΨΔ, γεγονός που έχει βοηθήσει στη διαφορετική και πιο ορθή αντιμετώπιση της νόσου.

Ανεξάρτητα από την προσέγγιση που ακολουθεί ο κάθε ερευνητής, οι απόψεις συγκλίνουν στο ότι η ΙΨΔ είναι μία σοβαρή κατάσταση, που προκύπτει συνήθως προς το τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης και αν αφεθεί χωρίς θεραπεία, παρουσιάζει χρόνιο χαρακτήρα (Abramowitz, Taylor & McKay, 2009). Συγκαταλέγεται στην ομάδα των αγχωδών διαταραχών (Hyman & Pedrick, 2009).

---

<sup>1</sup> <http://ocfoundation.org>

<sup>2</sup> Στη συνέχεια των κεφαλαίων η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή θα καταγράφεται, για λόγους συντομίας, με τα αρχικά της ΙΨΔ.

Σκαπινάκης, 2013), αν και σύμφωνα με τους Abramowitz et al. (2009), αυτή η κατηγοριοποίηση είναι θέμα συζήτησης.

**Εικόνα 1.1.** – Εγκέφαλος και ανθρώπινη συμπεριφορά<sup>3</sup>.



Ο Βρετανικός οργανισμός ΙΨΔ (OCD-UK<sup>4</sup>, 2013) αναφέρει ότι είναι μία κατάσταση όπου το άτομο μέσα από έντονες συνθήκες άγχους, βιώνει συχνές ενοχλητικές και ανεπιθύμητες σκέψεις, που ονομάζονται ιδεοληψίες (obsessions), και συμπεριφορές που ονομάζονται ψυχαναγκασμοί (compulsions), οι οποίες προκαλούν έντονη δυσφορία, σε τέτοιο βαθμό που ο πάσχων δεν μπορεί να αγνοήσει ή να λειτουργήσει κανονικά στην καθημερινότητά του.

Το άτομο είναι σε θέση να κατανοήσει ότι οι ψυχαναγκαστικές του σκέψεις είναι παράλογες όμως θεωρεί ότι ο μόνος τρόπος για να απαλλαγεί από αυτές ή ακόμη να αποτρέψει μία βλάβη τόσο προς τον εαυτό του όσο και προς τα αγαπημένα του άτομα είναι να ακολουθήσει και να εκτελέσει κάποιες καταναγκαστικές συμπεριφορές. Δυστυχώς καμία ανακούφιση, που μπορεί να παρέχει μία καταναγκαστική συμπεριφορά, είναι μόνιμη. Λειτουργούν προσωρινά και συχνά ενισχύουν την αρχική εμμονή επιδεινώνοντας την ΙΨΔ (OCD-UK, 2013).

<sup>3</sup> <http://psychcentral.com/news/2008/08/13/brain-imaging-helps-explain-behavior-2/2745.html>

<sup>4</sup> <http://ocduk.org/>

## 1.2 Ιστορική ανασκόπηση

Πριν διεξαχθεί ανάλυση των χαρακτηριστικών, της κλινικής εικόνας και της επιδημιολογίας της νόσου, όπως και των τρόπων αντιμετώπισής της, που θα ακολουθήσει στα επόμενα κεφάλαια, κρίνεται σημαντικό να γίνει αναφορά στην εμφάνιση της ΙΨΔ, έτσι όπως παρουσιάζεται ιστορικά από τη βιβλιογραφία (ocdhistory.net, 2013. Stone, 1997).

Παρά το γεγονός ότι η συστηματική επιστημονική μελέτη της ΙΨΔ συναντάται τις τελευταίες δεκαετίες (Σκαπινάκης, 2013) η ύπαρξή της μπορεί να αναζητηθεί πολύ νωρίτερα. Σύμφωνα με τον Βρετανικό οργανισμό ΙΨΔ (OCD-UK, 2013) η συχνότητα εμφάνισης της ΙΨΔ είναι αρκετά συχνή και μπορεί να εντοπιστεί ιστορικά και διαπολιτισμικά σε ένα ευρύ κοινωνικό φάσμα, χωρίς να περιορίζεται σε μία συγκεκριμένη ομάδα ατόμων. Εξέχουσες προσωπικότητες φαίνεται ότι υπέφεραν από ΙΨΔ, όπως οι Martin Luther, ο Κάρολος Δαρβίνος ή ο Howard Hughes. Η ιστορία του τελευταίου έγινε γνωστή από την ταινία του Μάρτιν Σκορσέζε, με τίτλο «The Aviator», όπου παρά την οικονομική του δύναμη, πέρασε τις τελευταίες μέρες της ζωής του παγιδευμένος τόσο σωματικά όσο και ψυχικά προσπαθώντας μέσα από περίτεχνες τελετουργίες καθαρισμού να αντιμετωπίσει τις φοβίες του για μόλυνση (OCD-UK, 2013).

Κατά το Μεσαίωνα, ιδεοληψίες σεξουαλικού περιεχομένου αντιμετωπίζονταν με εξορκισμό καθώς θεωρείτο ότι το άτομο που έπασχε από ΙΨΔ ήταν υπό σατανική επίδραση (Stone, 1997). Σταδιακά αυτή η αντίληψη άρχισε να περιορίζεται. Το 1650 ο Άγγλος συγγραφέας Richard Flecknoe μίλησε για το ιδεοληπτικό άτομο λέγοντας πως από τη στιγμή που ξεκινά τις σκέψεις, δεν είναι σε θέση να βάλει τέλος σε αυτές (Stone, 1997).

Κατά τον 18<sup>ο</sup> αιώνα ο Samuel Johnson, συγγραφέας, ο οποίος παρουσίαζε συμπτώματα ΙΨΔ, περιέγραψε χαρακτηριστικά αυτό που βίωνε λέγοντας ότι η ασθένεια της σκέψης που ενέχει το αίσθημα της ενοχής είναι δύσκολο να θεραπευτεί (Stone, 1997). Σύμφωνα με τους Stein & Stone (1997), ο Benedict Morel ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο *ιδεοληψία* με τη σύγχρονη έννοια, δηλαδή των επαναλαμβανόμενων μη επιθυμητών σκέψεων.

Την ίδια εποχή, περίπου τη δεκαετία του 1830, ο Esquirol, Γάλλος γιατρός, περιγράφει τους ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα ΙΨΔ, ως άτομα που



αποκρύπτουν την κατάστασή τους, μπροστά στα άτομα που τα παρατηρούν και είναι σε θέση να αποφασίσουν ή ακόμη να επιβληθούν στους άλλους όταν πρόκειται είτε για την απομόνωσή τους είτε γενικότερα για το πρόσωπό τους (ocdhistory.net, 2013).

Από το 1970 και μετά άρχισε να σημειώνεται στροφή ως προς την αντιμετώπιση της ΙΨΔ, αφήνοντας πίσω τη φροϋδική θεωρία. Οι εκπρόσωποι της συμπεριφορικής και της γνωστικής ψυχολογίας άρχισαν να παρουσιάζουν τις δικές τους θέσεις πάνω στο θέμα της ΙΨΔ, παρουσιάζοντας νέους τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας. Αναπτύχθηκε η τεχνική της έκθεσης και παρεμπόδισης της απάντησης, η οποία ακολουθείται μέχρι και σήμερα. Παράλληλα με αυτές τις εξελίξεις, άρχισαν να χρησιμοποιούνται νέα φάρμακα τα οποία προσέφεραν σημαντική βελτίωση στη ζωή των ατόμων που υπέφεραν από ΙΨΔ, όπως το Anafranil (ocdhistory.net, 2013. ocfoundation.org, 2013).

Προς το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα ο Sigmund Freud περιέγραψε την εν λόγω διαταραχή και της απέδωσε τα στοιχεία της νεύρωσης (Steketee, 2012). Παρουσίασε μία κλινική κατάσταση η οποία εμπεριείχε στοιχεία φοβίας και αγχώδους νεύρωσης και πώς αυτές αναπτύσσονται μέσα από το ενοχικό πρίσμα τόσο της απόλαυσης των ερωτικών πράξεων, κατά τη νεαρή ηλικία όσο και από την επίδραση της θρησκείας στο άτομο που δίνει μία συνεχή μάχη με τα πιστεύω του και τη νεύρωση (ocdhistory.net, 2013. Fuller, 2008. Stone, 1997). Επίσης, τον 19<sup>ο</sup> αιώνα ο Westphal (Stone, 1997) εισάγει τον όρο *Zwang* που σημαίνει ψυχαναγκασμός, αναφερόμενος στις εκδηλώσεις της συμπεριφοράς ενός ατόμου που πάσχει από ΙΨΔ.

### 1.3 Επιδημιολογία

Η ΙΨΔ συνήθως εκδηλώνεται πριν την ηλικία των τριάντα χρόνων αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία ακόμη και στην παιδική ηλικία ανάμεσα στα οκτώ και τα δώδεκα έτη (ocfoundation.org, 2013· Hyman & Pedrick, 2009). Λόγου χάρη, έξι (6) περιπτώσεις στα 3000 παιδιά που εισήχθησαν σε ψυχιατρική κλινική παρουσίασαν συμπτώματα της ΙΨΔ (Calamari, et al., 2012).

Σύμφωνα με τους Calamari et al. (2012), αναλύσεις δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από το Εθνικό Ινστιτούτο των Μεθόδων της Νοητικής Υγείας για την Επιδημιολογία της Νοητικής Υγείας των Παιδιών και των Εφήβων, έδειξαν ότι όταν οι γονείς και το παιδί αναφέρουν συμπτώματα ΙΨΔ, οι διαγνώσεις που

προκύπτουν, συγκρινόμενες δείχνουν ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ τους σε ποσοστό μία (1) στις (35) τριανταπέντε. Η ανωτέρω έρευνα περιλάμβανε 1285 ζευγάρια παιδιών και των ατόμων που τα προσέχουν, από διαφορετικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών. Η ασυμφωνία που προέκυψε μετά από τη σύγκριση των απαντήσεων υποδεικνύει ότι τόσο τα παιδιά και οι έφηβοι είναι συχνά μυστικοπαθείς σε σχέση με τα συμπτώματα της ΙΨΔ που μπορεί να παρουσιάζουν όσο και ότι οι γονείς να μην έχουν πληροφορηθεί σωστά για τα συμπτώματα της ΙΨΔ (Calamari et al., 2012).

Όπως διαπιστώθηκε ανωτέρω, πολλά άτομα που πάσχουν από ΙΨΔ, κρατούν κρυφά τα συμπτώματα της νόσου, χωρίς να αντιλαμβάνονται ότι με αυτή την τακτική δεν μπορούν να τη θεραπεύσουν. Σύμφωνα με μελέτες ένα (1) στα σαράντα (40) άτομα πάσχει από ΙΨΔ (Brady, 2013). Παρόμοιες μελέτες ανά τον κόσμο, όπως στον Καναδά, το Πουέρτο Ρίκο, τη Γερμανία και τη Νέα Ζηλανδία έδειξαν αντίστοιχα αποτελέσματα (Hyman & Pedrick, 2009). Το γεγονός αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ΙΨΔ είναι μία νόσος που συναντάται διεθνώς, χωρίς να επηρεάζεται από φυλετικά χαρακτηριστικά (Calamari et al., 2012).

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών(DSM-IV) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης αναφέρεται ότι η ΙΨΔ υποδηλώνεται είτε από την εμφάνιση ιδεοληψιών ή ψυχαναγκασμών. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως εμφανίζονται και τα δύο χαρακτηριστικά. Οι εκτιμήσεις για την έκταση της ΙΨΔ κυμαίνονται από 1,1% έως 3%. Ωστόσο το ποσοστό φτάνει μέχρι και το 9,2%, έτσι όπως έχει καταγραφεί σε ιδιωτικά ιατρεία (McKay, Taylor & Abramowitz, 2010).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι περίπου το 2% του πληθυσμού πάσχει από ΙΨΔ, αριθμός που περιλαμβάνει όλες τις μορφές της νόσου, από τις πιο ελαφριές έως και τις βαρύτερες μορφές της, η ΙΨΔ θεωρείται ως η τέταρτη πιο συχνή ψυχική διαταραχή<sup>5</sup> (Σκαπινάκης, 2013). Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα περισσότερα από 100.000 άτομα υποφέρουν από ΙΨΔ, με τις γυναίκες να φέρεται ότι πάσχουν λίγο συχνότερα από τους άντρες (Σκαπινάκης, 2013).

---

<sup>5</sup> Ο Σκαπινάκης (2013) αναφέρει ότι οι τρεις πρώτες ψυχικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη, οι φοβίες και γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

## 1.4 Κλινική εικόνα

Τίθεται λοιπόν το ερώτημα πώς δύναται να διαγνωστεί η ΙΨΔ ώστε να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί έγκαιρα. Η απάντηση μπορεί να δοθεί μόνο μέσω της βοήθειας εξειδικευμένων θεραπευτών, ψυχολόγων και ψυχιάτρων καθώς μόνο τα επιστημονικά καταρτισμένα άτομα είναι σε θέση να δουν εάν το άτομο υποφέρει από Ιδεοληψίες, Ψυχαναγκασμούς και αν το άτομο που υποφέρει από τα προαναφερθέντα δεν είναι σε θέση να λειτουργήσει φυσιολογικά στην καθημερινότητά του, στο πλαίσιο των αξιών, της οικογένειας, της εργασίας (ocfoundation.org, 2013).

### 1.4.1 Ιδεοληψίες

Η συμπεριφορά είναι μια έκφραση του ανθρώπου. Αυτή η έκφραση είναι προς τον έξω κόσμο. Ο έξω κόσμος είναι μια πραγματικότητα που επηρεάζει την συμπεριφορά. Αυτό σημαίνει ότι έχει επίδραση στους μηχανισμούς της συμπεριφοράς δηλαδή στον εγκέφαλο. Οι ιδεοληψίες (obsessions) είναι οι ανεπιθύμητες σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις που εμφανίζονται επαναλαμβανόμενα, παρά τη θέληση ή τον έλεγχο του πάσχοντα. Το άτομο που πάσχει από ΙΨΔ δεν επιθυμεί να έχει αυτές τις σκέψεις, τις βρίσκει ενοχλητικές και συνήθως γνωρίζει ότι δεν έχουν συγκεκριμένο νόημα. Αυτή η κατάσταση του προκαλεί έντονη δυσφορία και άγχος, γιατί ενώ προσπαθεί να τις αποβάλει τις περισσότερες φορές δεν τα καταφέρνει. Συνήθως ακολουθούνται από το αίσθημα του φόβου, της αμφιβολίας ή ακόμη της αποστροφής παίρνοντας παράλληλα πολύτιμο χρόνο από τη ζωή και τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου (ocfoundation.org, 2013. Σανίδα, 2013. Hyman & Pedrick, 2009).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα ιδεοληψίας είναι ο φόβος της μόλυνσης. Σύμφωνα με τον Σκαπινάκη (2013), το άτομο μπορεί να φοβάται ότι κινδυνεύει από μόλυνση από οποιοδήποτε στοιχείο που βρίσκεται γύρω του. Εξαιτίας της απειλής έχει την έντονη τάση να μειώσει κάθε μολυσματική πηγή. Ο βρετανικός οργανισμός ΙΨΔ (ocduk.org, 2013) αναφέρει μία λίστα συχνών παραδειγμάτων ιδεοληψίας, τα οποία επηρεάζουν το άτομο με ΙΨΔ:

- Ανησυχία ότι κάποιος ή κάτι είναι μολυσμένο.
- Ανησυχία για HIV ή AIDS ή για άλλες μεταδιδόμενες νόσους όπως η γρίπη των πτηνών και των χοίρων.

- Ανησυχία για τη συμμετρική ή την κάθετη τοποθέτηση των αντικειμένων ώστε τα πάντα να είναι «σωστά».
- Ανησυχία για την πρόκληση φυσικής ή σεξουαλικής βλάβης τόσο στον εαυτό του όσο και σε τρίτους.
- Ανεπιθύμητες ή δυσάρεστες σεξουαλικές σκέψεις και συναισθήματα. Συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που αφορούν σε ανάρμοστες πράξεις σε παιδιά.
- Παρεμβατικές και βίαιες σκέψεις.
- Ανησυχία για το ότι θα συμβεί κάτι δυσάρεστο, αν δεν γίνει επαναλαμβανόμενος έλεγχος.
- Ανησυχία ότι το άτομο με ΙΨΔ προκάλεσε ατύχημα κατά την οδήγηση.
- Ανησυχία ότι πρόκειται να πει και να φωνάξει αισχρολογίες δημόσια

#### **1.4.2 Ψυχαναγκασμοί**

Οι ψυχαναγκασμοί (compulsions) είναι επαναληπτικές συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις που πραγματοποιούνται σε μία προσπάθεια του ατόμου με ΙΨΔ να μειώσει το άγχος που του προκαλούν οι ιδεοληπτικές σκέψεις (Hyman & Pedrick, 2009). Ένας καταναγκασμός μπορεί να είναι εμφανής ή ακόμη να είναι συγκαλυμμένος. Το άτομο χρησιμοποιεί τους ψυχαναγκασμούς με σκοπό να αγνοήσει, να καταστείλει ή ακόμη και να προβλέψει στρεσογόνες σκέψεις και εικόνες (Brady, 2013). Έτσι το άτομο που υποφέρει από ΙΨΔ μπορεί να πλύνει πολλές φορές τα χέρια του με σκοπό να εξουδετερώσει ένα ανύπαρκτο μικρόβιο ή ακόμη έναν ιό έστω και αν γνωρίζει ότι το πλύσιμο των χεριών δεν μπορεί να τα διώξει. Στη συνέχεια, αποτυπώνεται μία λίστα με συχνά παραδείγματα ψυχαναγκασμών που επηρεάζουν τα άτομα με ΙΨΔ (ocduk.org, 2013):

- Υπερβολικό πλύσιμο των χεριών ή του σώματος. Σκέψεις που αφορούν στη μόλυνση από χημικά ή σωματικά υγρά που προέρχονται από το ίδιο το άτομο ή από άλλο πρόσωπο.
- Υπερβολική καθαριότητα των ρούχων ή των δωματίων του σπιτιού, για την εξαφάνιση των μικροβίων.



- Έλεγχος ότι τα αντικείμενα βρίσκονται σε σωστή διάταξη, ευθυγραμμισμένα ώστε όλα να κυλούν «ομαλά».
- Νοητικές τελετουργίες ή επαναλαμβανόμενα μοτίβα σκέψης, όπως η επανάληψη μίας συγκεκριμένης πράξης με σκοπό να «εξουδετερώσει» το κακό, που μπορεί να συμβεί για παράδειγμα σε ένα αγαπημένο του άτομο, εάν δεν ειπωθεί η συγκεκριμένη φράση.

**Εικόνα 1.2.** – Υπερβολικό πλύσιμο των χεριών<sup>6</sup>.



- Αποφυγή συγκεκριμένων ανθρώπων, καταστάσεων ή τόπων ώστε να αποφευχθεί μία βλάβη ή μία μόλυνση.
- Επανειλημμένα το άνοιγμα και η σφράγιση των επιστολών, ίσως και εκατοντάδες φορές, εξαιτίας του φόβου ότι έχει γραφεί κάτι προσβλητικό κατά λάθος.
- Συνεχής έλεγχος του διακόπτη, της βρύσης, της κλειδαριάς και άλλων, ώστε να αποτραπεί ο κίνδυνος διακοπής ρεύματος, πλημμύρας, διαρροής αερίου.
- Λέγοντας δυνατά ή σιωπηλά συγκεκριμένες λέξεις σε απάντηση σε άλλες λέξεις ώστε να αποτρέψουν μία καταστροφή.
- Αποφυγή αντικειμένων, όπως τα μαχαίρια κουζίνας, ώστε να μη τραυματίσουν κάποιον άλλο ακούσια.

#### **1.4.3 Χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΙΨΔ**

<sup>6</sup> <http://www.rxadvice.com/anxiety-symptoms/what-are-the-obsessive-compulsive-disorder-ocd-symptoms>

Οι περισσότεροι πάσχοντες από ΙΨΔ, βρίσκονται σε ένα συνεχή αγώνα με τις σκέψεις τους. Προσπαθούν να τις αποτρέψουν και να τις απομακρύνουν από το μυαλό τους, ώστε να μην υποκύψουν στους καταναγκασμούς από τους οποίους υποφέρουν. Αρκετά άτομα με ΙΨΔ είναι σε θέση να ελέγξουν τα συμπτώματά τους όμως η αντίσταση ποικίλει ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου. Πολλές φορές μάλιστα το άτομο αν και αντιστέκεται, στο τέλος ενδίδει στους ψυχαναγκασμούς του μη μπορώντας να πράξει διαφορετικά (ocfoundation.org, 2013. ocduk.org, 2013. Hyman & Pedrick, 2009. Σκαπινάκης, 2013).

Η εν λόγω διαταραχή, όπως μελετήθηκε ανωτέρω, στα παιδιά και στους εφήβους, πολλές φορές μένει μυστική τόσο από την οικογένεια όσο και από τον κοινωνικό τους περίγυρο, ζώντας έτσι μία ζωή γεμάτη από περιορισμούς, ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμούς. Η συγκεκριμένη διαπίστωση μας οδηγεί και σε ένα ακόμη συμπέρασμα ότι η ΙΨΔ είναι μία κατάσταση η οποία μπορεί να διαρκέσει χρόνια ακόμη και δεκαετίες όπου τα συμπτώματά της μπορεί να βρίσκονται σε ύφεση αλλά δεν παύουν να υπάρχουν (Steketee, 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετές φορές κάποιες σκέψεις, με τις οποίες ένα άτομο μπορεί να δείχνει μία επαναλαμβανόμενη ανησυχία δεν καθρεφτίζει αυτόματα την ΙΨΔ. Είναι φυσιολογικό για ένα άτομο να παρουσιάζει μία περιστασιακή ανησυχία για την ασφάλεια των αγαπημένων του ατόμων ή για το αν θα αρρωστήσει. Όπως και δεν είναι ένδειξη ψυχαναγκασμού όταν ακολουθούνται κάποιες συμπεριφορές ή προγράμματα του τύπου, η ρουτίνα στο πρόγραμμα του ύπνου ή εκμάθηση μίας νέας δεξιότητας που απαιτεί την επανάληψη μέχρι να γίνει τμήμα της καθημερινής ζωής του ατόμου (ocfoundation.org, 2013).

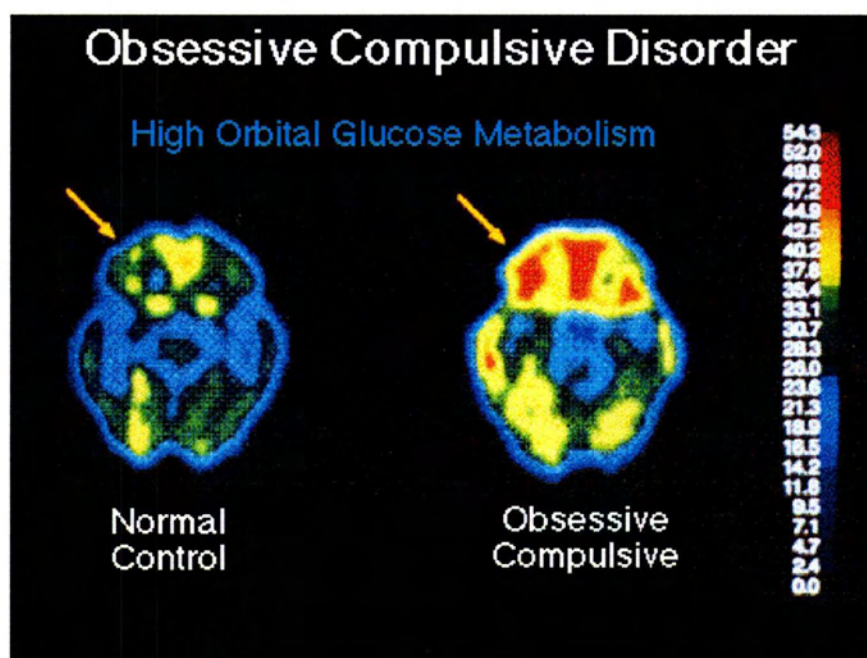
## 1.5 Αίτια

Σύμφωνα με τους Hyman & Pedrick (2009), η ΙΨΔ και τα αίτια που την προκαλούν είναι ένα παζλ. Παλιότερες αντιλήψεις θεωρούσαν ότι είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων γεγονότων κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Σκαπινάκης, 2013). Άλλες έρευνες δείχνουν ότι στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της ΙΨΔ σημαντικό ρόλο μπορεί να έχουν και τα γονίδια, τα οποία σε συνδυασμό με κάποια πάθηση ή και το άγχος να επιτρέπουν στα συμπτώματα της νόσου να εκδηλωθούν (ocfoundation.org, 2013).



Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, σημαντικό ρόλο ενέχουν διάφοροι νευροβιολογικοί παράγοντες αλλά και ψυχολογικοί οι οποίοι διαιωνίζουν τη νόσο. Για να γίνει πιο εκτενής μελέτη των βιολογικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκε μία εξέταση που ονομάζεται Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (PET:Position Emission Tomography). Με τη χρήση της PET είναι δυνατό να μελετηθεί ο εγκέφαλος του ατόμου με ΙΨΔ, εν ζωή. Έχει παρατηρηθεί ότι οι πάσχοντες από ΙΨΔ έχουν διαφοροποιημένη εγκεφαλική δραστηριότητα από τα άτομα που δεν πάσχουν από ΙΨΔ. Σημαντική διαφοροποίηση παρουσιάζουν στο τμήμα που εμπλέκεται με την αντίληψη του φόβου και του κινδύνου (Brady, 2013).

**Εικόνα 1.3.** – Διαφορά ατόμων με ΙΨΔ από άτομα χωρίς ΙΨΔ<sup>7</sup>.



Οι Hyman & Pedrick (2009) τονίζουν επίσης και την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων. Το άτομο που είναι γενετικά προδιατεθειμένο στη ΙΨΔ αντιδρά πολύ πιο έντονα σε περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως σε ένα θάνατο, ένα ψυχικό ή σωματικό άγχος, ένα διαζύγιο, μία ασθένεια ή την εγκατάλειψη κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, ο νευροδιαβιβαστής σεροτονίνη<sup>8</sup> φέρεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην ΙΨΔ, καθώς λειτουργεί ως γέφυρα επικοινωνίας ανάμεσα στα εγκεφαλικά κύτταρα και τα μηνύματα που λαμβάνει το

<sup>7</sup> <http://www.tourettesyndrome.net/disorders/obsessive-compulsive-disorder/about-obsessive-compulsive-disorder>

<sup>8</sup> <http://www.eng.ucy.ac.cy/cpitris/courses/ECE471/presentations/Lecture%207.pdf>



άτομο από τον έξω κόσμο. Τα άτομα με ΙΨΔ πολλές φορές δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσουν σωστά τέτοια μηνύματα (Σκαπινάκης, 2013. McKay, Taylor & Abramowitz, 2010. Hyman & Pedrick, 2009).

Εν κατακλείδι διάφορες μελέτες (Σανίδα, 2013), δείχνουν ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων που δεν υποφέρει από ΙΨΔ έχει παρόμοιες συμπεριφορές και σκέψεις με τα άτομα που πάσχουν από ΙΨΔ. Στα άτομα όμως που έχει διαγνωστεί ΙΨΔ, είναι δυνατό με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής ή με τη βοήθεια της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας τα εγκεφαλικά κυκλώματα που εμπλέκονται με τη συγκεκριμένη νόσο να γίνουν πιο φυσιολογικά (Albert et al, 2012. ocfoundation.org, 2013). Στα ακόλουθα κεφάλαια θα εξεταστούν τρόποι αντιμετώπισης της νόσου, από διαφορετικές προσεγγίσεις.

## 2 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΙΨΔ

Η ΙΨΔ αν και μπορεί να εμφανίσει χρόνιο χαρακτήρα είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Σε γενικές γραμμές διακρίνονται δύο (2) ειδών θεραπείες, οι φαρμακευτικές θεραπείες και οι ψυχοθεραπείες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει ύφεση των συμπτωμάτων με τη χρήση των ψυχοθεραπειών και πιο συγκεκριμένα με τη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, χωρίς να είναι απαραίτητη η χρήση των φαρμάκων (Anand et al.,2011). Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή κρίνεται απαραίτητη ή και σε εξαιρετικά ανθεκτικές περιπτώσεις προτείνεται και η νευροχειρουργική (Greenberg, 2013).

Παράλληλα υπάρχουν τα γνωστικά προκλητά δυναμικά αντιπροσωπεύουν την ταυτόχρονη ενεργοποίηση ηλεκτρικών πεδίων ενός μεγάλου αριθμού νευρώνων .Η δραστηριότητα αυτή επικοινωνεί με το τριχωτό της κεφαλής και μπορεί να καταγραφεί αφού τα ηλεκτρικά πεδία αθροίζονται σχηματίζοντας ένα δίπολο, θετικό και αρνητικό ηλεκτρικό πεδίο. Τα γνωστικά προκλητά δυναμικά αντικατοπτρίζουν αλλαγές στην ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου ως αποτέλεσμα ενός γεγονότος – ερεθίσματος. Η ηλεκτρική δραστηριότητα συγκεντρώνεται μετά την επαναλαμβανόμενη παρουσίαση του ερεθίσματος .Η καταγραφή γενικά της ηλεκτρικής δραστηριότητας ξεκινά από εκατό ή και περισσότερα χιλιοστά του δευτερολέπτου πριν τη χορήγηση του ερεθίσματος . Κάθε εφαρμογή αθροίζεται με σκοπό την εξάλειψη ηλεκτρικών θορύβων που μπορεί να καταγραφούν αλλά δεν σχετίζονται με το χορηγούμενο ερέθισμα. (Σύγχρονα θέματα Νευροψυχολογίας , Πρώιμη Ανίχνευση Αξιολόγησης και Παρέμβαση , Αργύρης Β. Καραπέτσας 2011)

### Η κυματομορφή P300

Όσον αφορά την κυματομορφή p300 πρόκειται για ένα θετικό δυναμικό ενέργειας που εκλύεται σε περίπου 300 χιλιοστά του δευτερολέπτου μετά την παρουσία του ερεθίσματος .Η συγκεκριμένη μορφή είναι ένα φλοιώδες μετασυναπτικό δυναμικό

ενέργειας και στην δημιουργία του σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν διάφοροι νευροδιαβιβαστές και εγκεφαλικές δομές .Είναι η πρώτη κυματομορφή που εντοπίστηκε από τον S.Sutton και τους συνεργάτες του(Sutton, Bruren, Zubin&John) .Η κυματομορφή χαρακτηρίστηκε ως μια ηλεκτροφυσιολογική μέτρηση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την αξιολόγηση μιας διαταραχής με ψυχολογικά συμπτώματα .Παράλληλα η κυματομορφή αυτή μας δίνει πληροφορίες για τον τρόπο ενεργοποίησης όλων των ανώτερων γνωστικών λειτουργιών(Donchin & Coles,1998) όπως είναι η μνήμη , η μάθηση , η προσοχή ,το επίπεδο αντίληψης και εγρήγορσης . (Σύγχρονα θέματα Νευροψυχολογίας , Πρώιμη ανίχνευση Αξιολόγησης και Παρέμβαση , Αργύρης Β. Καραπέτσας 2011)

#### Η κυματομορφή MMN και LDN

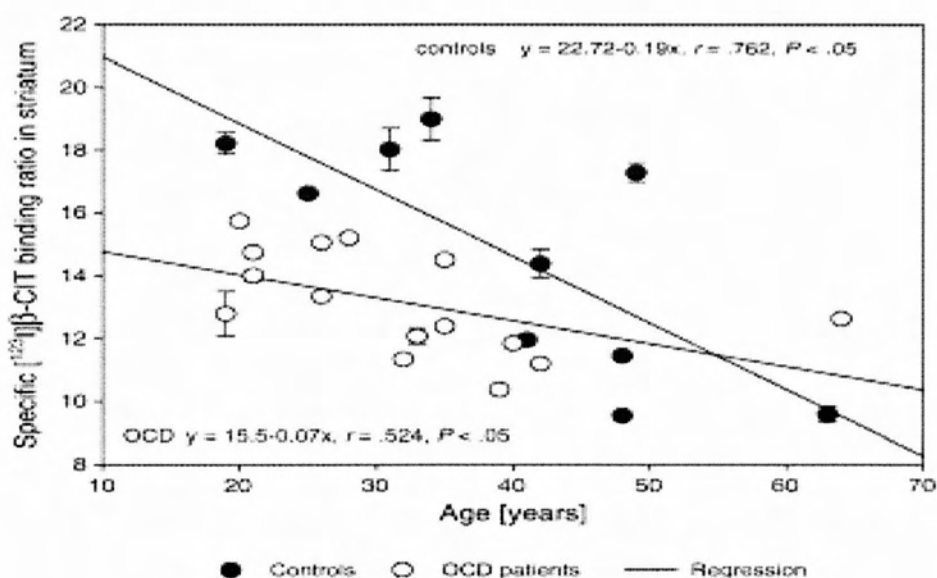
Η κυματομορφή MMN εντοπίστηκε από τον R.Naatanen και τους συνεργάτες του το 1978 (Naatanen ,Gaillard & Mantysalo ,1978) . Η κυματομορφή αυτή αντανakλά την αντίδραση του εγκεφάλου στην αλλαγή των ερεθισμάτων . Πιο συγκεκριμένα ο εγκεφάλος έχει διατηρήσει στην μνήμη του ένα ερέθισμα , το οποίο κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης χωρίς προειδοποίηση αντικαθίσταται από άλλο ερέθισμα και σ'αυτή ακριβώς τη χρονική στιγμή εκλύεται η κυματομορφή MMN(Σύγχρονα θέματα Νευροψυχολογίας , Πρώιμη ανίχνευση Αξιολόγησης και Παρέμβαση , Αργύρης Β. Καραπέτσας 2011)

Σε άλλες πάλι περιπτώσεις ασθενών επιλέγεται ο συνδυασμός φαρμάκων και γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, όπου η τελευταία χρησιμοποιείται για να διακόψει ο ασθενής τη χρήση των φαρμάκων (Albert et al, 2012). Κατόπιν μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, θεωρείται ότι η παρέμβαση με γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα και λιγότερες υποτροπές από τη φαρμακευτική παρέμβαση (Brady,2013.·Greenberg, 2013. Οικονόμου, 2013. Anand et al., 2011).

## 2.1 Φαρμακευτική παρέμβαση

Σύμφωνα με τους Gilbert et al, (2000) η ΙΨΔ συνδέεται με το νευρομεταβιαστή σεροτονίνη. Στο γράφημα της Εικόνας 2.1 (Hesse et al, 2005) απεικονίζεται η χαμηλή συγκέντρωση σεροτονίνης σε ασθενείς με διαταραχή. Κλινικές έρευνες κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έδειξαν ότι μία σειρά συγκεκριμένων φαρμάκων, γνωστά ως «αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Serotonin Reuptake Inhibitors), μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τα συμπτώματα της νόσου (Σκαπινάκης, 2013). Οι Baxter et al. (1996) εξήγησαν τη λειτουργία των φαρμάκων, τα οποία διαφοροποιούν το νευροδιαβιαστή σεροτονίνη στα φλουικά - θαλαμοφλοουικά δίκτυα, πράγμα που εξηγεί τη δράση τους ως αντι-εμμονικά. Στο γράφημα της Εικόνας 2.2 παρουσιάζονται οι αλλαγές στα συμπτώματα 73 ασθενών, που δέχθηκαν φαρμακευτική αγωγή (Koran et al, 1996).

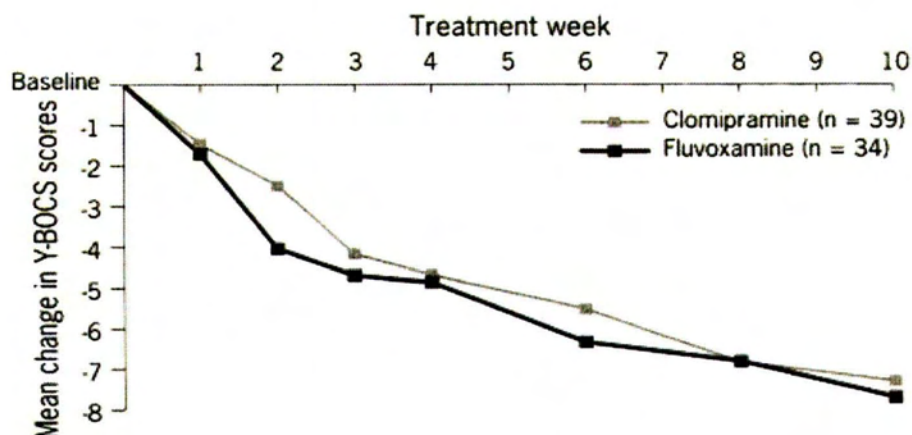
**Εικόνα 2.1.** – Συγκέντρωση σεροτονίνης σε ασθενείς με διαταραχή<sup>9</sup>.



**Εικόνα 2.2.** – Αλλαγές συμπτωμάτων κατά τη θεραπευτική αγωγή<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Hesse et al, 2005.

<sup>10</sup> Koran et al, 1996.



Το πρώτο φάρμακο που κυκλοφόρησε, γνωστό ως Anafranil, ήταν το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό κλομιπραμίνη<sup>11</sup>. Στη συνέχεια κυκλοφόρησαν και άλλα φάρμακα τα οποία λειτούργησαν ως εκλεκτικοί αναστολείς της σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors-SSRIs). Τα περισσότερα φάρμακα που συμβάλουν θετικά στην ΙΨΔ είναι γνωστά ως αντικαταθλιπτικά. Σύμφωνα με τον Jenike (ocfoundation.org, 2013) οκτώ από αυτά λειτούργησαν αποτελεσματικά σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν:

- φλουβοξαμίνη (Faverin, Dumyrox)
- σερτραλίνη (Zoloft)
- σιταλοπράμη (Seropram)
- εσιταλοπράμη (Cipralex)
- φλουοξετίνη (Prozac, Ladose)
- παροξετίνη (Seroxat)
- κλομιπραμίνη (Anafranil)
- βενλαφαξίνη (Effexor)<sup>12</sup>.

Τα συγκεκριμένα φάρμακα μειώνουν την ένταση των ιδεοληψιών και των ψυχαναγκασμών καθώς επηρεάζουν τη σεροτονίνη με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος του

<sup>11</sup>

[http://www.ocfoundation.org/uploadedFiles/MainContent/About\\_OCD/IOCDF%20Brochure%20-%20Greek.pdf](http://www.ocfoundation.org/uploadedFiles/MainContent/About_OCD/IOCDF%20Brochure%20-%20Greek.pdf)

<sup>12</sup>

Στις παρενθέσεις αναγράφονται οι εμπορικές ονομασίες των φαρμάκων στην Ελλάδα.



πάσχοντα να λειτουργεί σωστά. Η φαρμακοθεραπεία παρουσιάζει ποσοστά επιτυχίας στο 55% - 65% (Οικονόμου, 2013).

Αρκετές μελέτες αναφέρουν τον πιθανό ρόλο και της νορεπινεφρίνης σε περιπτώσεις ΙΨΔ. Ορισμένοι ασθενείς φέρεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη κλινική βελτίωση με ένα συνδυασμό των φαρμάκων SSRIs και της νορεπινεφρίνης (Greenberg, 2013). Αξίζει να σημειωθεί ότι η βελτίωση των αποτελεσμάτων δεν φαίνεται άμεσα. Εάν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί σε κάποιο από τα φάρμακα τότε η αγωγή του αλλάζει με την προσθήκη άλλων φαρμάκων, με σκοπό την ενίσχυση των επιθυμητών αποτελεσμάτων (Σκαπινάκης, 2013).

Η χρήση των φαρμάκων αρκετές φορές έχει συνδεθεί με την πιθανότητα υποτροπής του ασθενούς ή ακόμη και με εμφάνιση μη αποδεκτών παρενεργειών. Η υποτροπή συνδέεται με το γεγονός ότι ο πάσχων μαθαίνει να αντιμετωπίζει την ασθένειά του μόνο με τη βοήθεια των φαρμάκων και συνδέει τη βελτίωσή της με αυτά. Αυτό σημαίνει ότι με τη διακοπή της αγωγής το άτομο δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί την ΙΨΔ σε περίπτωση που τα συμπτώματα επανεμφανιστούν με αποτέλεσμα να καταφεύγει στα φάρμακα και πολλές φορές σε αυξανόμενη δόση (Οικονόμου, 2013).

Είναι δύσκολο να θεωρηθεί ότι ένα άτομο με ΙΨΔ θεραπεύεται μόνο με τη χρήση φαρμάκων, καθώς αρκετοί πάσχοντες χρησιμοποιούν ως βασική θεραπευτική μέθοδο τη φαρμακευτική αγωγή, έρευνες δείχνουν ότι η χρήση placebo (εικονικό φάρμακο) μπορεί να λειτουργήσει θετικά (Berlin et al, 2011). Οι επικριτές της φαρμακοθεραπείας θεωρούν ότι ο εγκέφαλος μπορεί να διδάχτεί τους δικούς του μηχανισμούς θεραπείας και να θεραπεύσει τον εαυτό του, χωρίς τη βοήθεια των φαρμάκων.

Οι Yadin & Foa (2009) παραθέτουν μία ανάλογη προσέγγιση για τη θεραπεία της ΙΨΔ. Πιστεύουν ότι η φαρμακοθεραπεία δεν είναι αρκετά συγκεκριμένη και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο επιθυμητά αποτελέσματα. Αντίθετα με τη χρήση της γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας, που βασίζεται στη μάθηση και στις αλλαγές της συμπεριφοράς του εγκεφάλου, το άτομο με ΙΨΔ μπορεί να παρουσιάσει σημαντική βελτίωση.

### **2.1.1 Παρενέργειες της Φαρμακευτικής Παρέμβασης**

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, η μακροχρόνια χρήση των φαρμάκων μπορεί να μην έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα όπως και κατ' επέκταση είναι πιθανόν να προκαλέσει υποτροπές και παρενέργειες. Πολλές φορές το μόνο που απαιτείται είναι μία τροποποίηση της δόσης ή και αλλαγή του φαρμάκου ώστε ο ασθενής να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της ΙΨΔ. Όμως έτσι, όπως παραθέτει και ο Διεθνής Οργανισμός ΙΨΔ (ocfoundation,2013), τα φάρμακα μπορούν να ελέγξουν και να μειώσουν τα συμπτώματα αλλά δεν μπορούν να θεραπεύσουν την ΙΨΔ. Σε πολλές περιπτώσεις όταν το άτομο σταματά την αγωγή τότε τα συμπτώματα επανέρχονται.

Όλα τα είδη φαρμάκων είναι πιθανόν να παρουσιάσουν παρενέργειες, τις οποίες πρέπει να λάβει υπόψη ο γιατρός του ατόμου με ΙΨΔ. Σύμφωνα με έρευνες, η κλοπιραμίνη (Anafranil) έχει παρουσιάσει περισσότερες παρενέργειες από τα υπόλοιπα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την ΙΨΔ. Αναφέρονται ορισμένες από αυτές (ocfoundation, 2013):

- ναυτία
- ακαθησία
- νύστα ή αϋπνία
- υπερβολική ενέργεια
- υπνηλία
- ξηροστομία
- ταχυκαρδία
- δυσκολία στη συγκέντρωση
- δυσκολίες στην ούρηση
- αύξηση βάρους

Ιδιαίτερα προσεκτικά θα πρέπει να είναι και τα άτομα που ανήκουν σε συγκεκριμένες κατηγορίες όπως οι γυναίκες που εγκυμονούν ή θηλάζουν, ηλικιωμένοι ασθενείς, άτομα με καρδιακά προβλήματα και παιδιά ή έφηβοι. Παρόλα αυτά οι παρενέργειες υποχωρούν όταν διακόπτεται η χρήση τους.

### **2.1.2 Νευροχειρουργική αντιμετώπιση**



Η χρήση της νευροχειρουργικής ως θεραπευτική αντιμετώπιση της ΙΨΔ πραγματοποιείται σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα. Με μία σειρά μικρών τομών ή με την εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης της εν λόγω διαταραχής (Greenberg, 2013). Μία χειρουργική τεχνική περιλαμβάνει τη στεροτακτική τοποθέτηση των διμερών αλλοιώσεων στον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγού. Σύμφωνα με μελέτη που παρουσίασε τη συγκεκριμένη μέθοδο σε 18 ασθενείς, το 28% ανταποκρίθηκε ενώ το 17% έδειξε μερική ανταπόκριση. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανείς εκ των ασθενών δεν εμφάνισε σημαντικές νευρολογικές ή νοητικές δυσλειτουργίες (Greenberg, 2013).

Στην εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου εμφυτεύεται μία συσκευή ή οποία στοχεύει στη διέγερση και τόνωση του υποθαλάμου του πυρήνα. Αν και παρατηρήθηκε βελτίωση σε ασθενείς που ακολούθησαν τη συγκεκριμένη θεραπεία για 3 μήνες, παρατηρήθηκαν και ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως μολύνσεις και ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. Το 2009 ενεκρίθη μία συσκευή (Reclaim Deep Brain Stimulation Therapy), η οποία εμφυτεύεται και στοχεύει σε μία περιοχή που ονομάζεται κοιλιακή κάψουλα και κοιλιακό ραβδωτό σώμα, το οποίο βρίσκεται στο πρόσθιο άκρο της εσωτερικής κάψουλας του εγκεφάλου (Mallet et al, 2008).

## **2.2 Ψυχοθεραπείες**

Ένας διαφορετικός τρόπος θεραπευτικής προσέγγισης της ΙΨΔ, αντί της φαρμακευτικής παρέμβασης είναι οι ψυχοθεραπείες. Αν και υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπείας, ως γενική περιγραφή της έννοιας δύναται να αναφερθεί ότι στη ψυχοθεραπεία περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι μορφές θεραπείες που ως στόχο έχουν την επίλυση των προβλημάτων (στη παρούσα μελέτη γίνεται αναφορά στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ) ψυχολογικού χαρακτήρα. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τεχνικές, οι οποίες βασίζονται στο λόγο και στην επικοινωνία με το άτομο με ΙΨΔ (Σκαπινάκης, 2013).

### **2.2.1 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία**

Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία βασίζεται στην θεωρία του Freud (Steketee, 2012) και το έργο του που περιλαμβάνει και την περίπτωση ενός ασθενούς που την

ονόμασε Rat-man (Παράρτημα Ι) (Freud, 2008). Σύμφωνα με τον Freud (Steketee, 2012), η ΙΨΔ είναι μία νεύρωση ενοχής, όπου το Υπερεγώ στρέφεται ενάντια στις φαντασιώσεις που προέρχονται από ενορμήσεις και συναισθήματα που τοποθετούνται στο Οιδιπόδειο σύμπλεγμα. Καθώς οι φαντασιώσεις και τα συναισθήματα είναι απαγορευμένα το άτομο παλινδρομεί στο αρνητικό στάδιο, που ονομάζεται από τον Freud σαδιστικό-πρωκτικό στάδιο (Steketee, 2012). Ο Freud θεωρεί ότι τα άτομα με ιδεοληπτική συμπεριφορά επιτρέπουν σε ανάρμοστες και μη ηθελημένες σκέψεις να εισχωρήσουν στο συνειδητό τους. Η λίμπιντο καθηλώνεται σε προ-οιδιπόδεια φάση λόγω της προβληματικής ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης. Ως αποτέλεσμα τα άτομα με ΙΨΔ επικεντρώνουν όλη τους την ενέργεια σε επαναλαμβανόμενες δράσεις ώστε να αποφύγουν κάθε δυσάρεστη σκέψη αλλά παλινδρομούν στο σαδοπρωκτικό στάδιο, γεγονός που μετατρέπει τις ερωτικές ενορμήσεις σε ενορμήσεις επιθετικού και σαδιστικού περιεχομένου (Steketee, 2012).

Ωστόσο, η ψυχανάλυση και οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις φαίνεται ότι δεν οδηγούν σε κάποια σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών. Σύμφωνα με τους Salzman & Thaler (1981), οι παραδοσιακές προσεγγίσεις είναι απαραίτητο να αναθεωρηθούν, γιατί δεν έχουν προσθέσει κάτι καινούριο στην αντιμετώπιση διαταραχών, όπως ΙΨΔ. Σε μελέτες που έχουν γίνει, σχετικά με τη χρήση της ψυχαναλυτικής θεραπείας, δεν παρατηρήθηκε πρόοδος στο υπό μελέτη δείγμα κλινικής περίπτωσης (Parfitt, 1999). Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω η γνωστική - συμπεριφορική προσέγγιση θεωρείται ως η πιο ενδεδειγμένη μορφή ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με την εν λόγω διαταραχή (Olfield et al, 2011).

### **2.2.2 Ύπνωση και θεωρία Gestalt**

Σύμφωνα με τους Johnson & Hallenbeck (1985), έπειτα από τη μελέτη μίας κλινικής περίπτωσης, η βελτίωση των συμπτωμάτων της διαταραχής μπορεί να συνδεθεί με τη διαδικασία της ύπνωσης, χωρίς όμως να παρουσιάζεται ισχυρή αξιοπιστία. Μία άλλη θεραπεία που έχει συνδεθεί με την ΙΨΔ είναι η θεωρία της Gestalt. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, η συμπεριφορά ενσωματώνεται με το συναίσθημα και τη σκέψη μέσω της ευαισθητοποίησης και της ολοκλήρωσης (νοητικής και σωματικής). Το άτομο είναι σε θέση να αναγνωρίζει τις επιπτώσεις από τις προηγούμενες εμπειρίες του και παράλληλα ενθαρρύνεται να ολοκληρώσει ημιτελή θέματα μέσα από μία πιο θετική οπτική, την οποία διδάσκεται από τον θεραπευτή του (Morphy, 1980).

Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει διάφορες τεχνικές όπως της αντιπαράθεσης, της ανάλυσης των ονείρων, τον διάλογο και μέσω αυτών ωθεί το άτομο να αναλάβει τις ευθύνες του ώστε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά μία κρίση ΙΨΔ (psyweb.com, 2013). Ο Morphy (1980), αναφέρει περίπτωση όπου ο ασθενής παρουσίασε σημάδια βελτίωσης, μετά από πολυετή θεραπεία με τη μέθοδο της Gestalt, χωρίς όμως να σημειώνεται ολική ανάκαμψη και θεραπεία.

## **2.3 Γνωσιακές – Συμπεριφορικές Θεραπείες**

### **2.3.1 Γνωσιακή προσέγγιση**

Η Γνωσιακή (cognitive) προσέγγιση προσπάθησε να εξετάσει την ΙΨΔ από ένα διαφορετικό πρίσμα, επικεντρώνοντας στις νοητικές μεταβολές και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μέσα από γνωσιακούς όρους (Beck, 1976·Ευσταθίου, 2013). Σύμφωνα με τους εκπροσώπους της γνωσιακής προσέγγισης υπάρχουν διάφορες διαδικασίες οι οποίες τροφοδοτούν και ενισχύουν την ΙΨΔ. Το άτομο έχει μία έντονη προκατάληψη προς συγκεκριμένα ερεθίσματα και αυτή είναι που το οδηγεί να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο τελετουργικό προσπαθώντας να εξαφανίσει το δυσάρεστο ερέθισμα. Όμως, το χαρακτηριστικό της έμμονης σκέψης είναι ότι παρά τις προσπάθειες που κάνει το άτομο για να την εξουδετερώσει, αυτή ενισχύεται συνοδευόμενη λόγου χάρη από άγχος ή κατάθλιψη (Olfield et al, 2011. Salkovskis & Kirk, 1989. Salkovskis, 1985).

Πιο συγκεκριμένα, το περιεχόμενο αυτών είναι του τύπου:

- Το άτομο να έχει μία σκέψη για μία πράξη σαν να την έχει ήδη επιτελέσει.
- Το άτομο θα πρέπει να είναι σε θέση να κυριαρχεί πάνω στις ιδέες του.
- Δεν πρέπει να προσπαθεί να διορθώσει μία κακή ιδέα που μπήκε στο μυαλό καθώς είναι παρόμοιο ή ακόμη ισοδύναμο του να θέλει ή να αποζητά αυτό που εκφράζει η ιδέα.
- Η υπευθυνότητα δεν εξασθενεί από άλλους παράγοντες ( λόγου χάρη: ελάχιστη πιθανότητα να συμβεί αυτό που πέρασε από το μυαλό).

- Η αποτυχία να εμποδίσει το άτομο να συμβεί κάτι κακό τόσο στο ίδιο όσο και σε τρίτους είναι το ίδιο σαν να το δημιουργεί.

Το σημαντικότερο γνωσιακό μοντέλο υποστηρίζεται από τη θεωρία του Salkovskis (1985). Σύμφωνα με αυτό, το άτομο που παρουσιάζει τα συμπτώματα της ΙΨΔ εμφανίζει συγκεκριμένες αντιδράσεις, οι οποίες οφείλονται στην ύπαρξη σχημάτων. Αυτά τα σχήματα αλλά και οι προϋπάρχουσες γνωστικές δομές είναι υπεύθυνα για τη δημιουργία των ιδεοληψιών. Έτσι, το άτομο με ΙΨΔ θεωρεί ότι πρέπει να προβεί σε κάποια συγκεκριμένη πράξη, ώστε να προλάβει τον επικείμενο «κίνδυνο» που μπορεί να απειλεί ή το ίδιο ή τους οικείους του. Αντί του επιθυμητού αποτελέσματος το άτομο αρχίζει να αισθάνεται έντονη δυσφορία και οι εμμονές απλώς επιδεινώνουν και διαιωνίζουν τον φαύλο κύκλο που βρίσκεται ο πάσχων (Salkovskis, 1985).

Η γνωσιακή προσέγγιση τονίζει τη σπουδαιότητα που έχει η βαρύτητα που δίνουν τα άτομα με ΙΨΔ στις ιδεοληψίες τους, διαιωνίζοντας έτσι τη διαταραχή τους. Σε έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εν λόγω προσέγγισης διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση. Σύμφωνα με τους Eddy et al., (2004) μετά από μελέτη 15 ερευνών που αφορούσε στην αποτελεσματικότητα της τεχνικής *έκθεση-παρεμπόδιση απάντησης* αλλά και της γνωσιακής ψυχοθεραπείας, τα συγκεντρωτικά στοιχεία έδειξαν ότι τα 2/3 των ατόμων που έλαβαν τη θεραπεία βελτιώθηκαν σημαντικά. Τα ίδια στοιχεία έδειξαν ότι η τεχνική της *έκθεση-παρεμπόδιση απάντησης* λειτουργούν πιο αποτελεσματικά, όπως θα μελετηθεί στη συνέχεια, από την γνωσιακή θεραπεία. Για το λόγο αυτό και η συμπεριφορική προσέγγιση ή ακόμη ως συνδυασμός των δύο προσεγγίσεων θεωρείται ως πιο λειτουργικός στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ.

**Πίνακας 2.1.** – Εκτιμήσεις αποτελεσμάτων της Γνωσιακής θεραπείας και της τεχνικής *έκθεση-παρεμπόδιση απάντησης*<sup>13</sup>.

<sup>13</sup>

Eddy et al., 2004.

Exposure-response prevention Mean (S.D.)		Cognitive therapy Median
	<b>%Improved</b>	
Of completed	68.80 (17.88)	70.00
Of entered	61.72 (19.46)	63.60
	<b>%Recovered</b>	
Of completed	38.22 (8.86)	39.00
Of entered	31.14 (10.38)	29.00

Σε άλλη έρευνα των Rosa-Alcázara et al. (2008), μελετήθηκαν τα αποτελέσματα που έχουν οι δύο προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ. Και οι δύο μέθοδοι ήταν εξίσου αποτελεσματικές χωρίς σημαντικές διαφορές και αυτό ίσως συνέβη γιατί και η γνωσιακή προσέγγιση χρησιμοποιούσε συμπεριφορικές τεχνικές. Το γνωσιακό μοντέλο παρέχει μία ενδιαφέρουσα και χρήσιμη εξήγηση στις διαδικασίες που εμπλέκονται στην ΙΨΔ. Το μόνο της ίσως μειονέκτημα είναι ότι δεν μπορεί να ερμηνεύσει απόλυτα τους μηχανισμούς που ενεργοποιούνται και κάποια άτομα εμφανίζουν ΙΨΔ ενώ κάποια άλλα όχι (Salkovskis & Kirk, 1989).

### 2.3.2 Συμπεριφορική προσέγγιση

Η συμπεριφορική (behavioral) ψυχοθεραπεία έχει βρεθεί ότι μπορεί να αντιμετωπίσει με μεγάλη επιτυχία την ΙΨΔ. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα ποσοστά αντιμετώπισης μπορούν να φτάσουν μέχρι και στο 80% (Οικονόμου, 2013). Χαρακτηρίζονται δε, από την διάρκειά τους στο χρόνο χωρίς να υπάρχει υψηλός κίνδυνος υποτροπής. Η συμπεριφορική προσέγγιση ερμηνεύει την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά του ατόμου ως μαθησιακό λάθος. Ένα ουδέτερο ερέθισμα γίνεται εξαρτημένο όταν συνδέεται με μία αρνητική κατάσταση, η οποία είναι τραυματική (κλασική εξαρτημένη μάθηση).

Στη συνέχεια η συντελεστική μάθηση συντηρεί τη φοβία, καθώς το άτομο τείνει να αποφεύγει το φοβικό αντικείμενο για να μην αισθάνεται δυσάρεστα, στάση που αποτελεί αρνητική ενίσχυση της φοβίας μειώνοντας παράλληλα την πιθανότητα απόσβεσής της (Mowrer, 1947). Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η συμπεριφορική προσέγγιση παρουσιάζει υψηλά ποσοστά επιτυχίας σε άτομα που εμφανίζουν ψυχαναγκαστικό έλεγχο ή καθαριότητα (Ξενιτόπουλος, 2013). Τα άτομα εκτίθενται σταδιακά σε φοβογόνα ερεθίσματα ενώ παράλληλα εμποδίζονται από την εξουδετέρωσή τους. Αυτό τους οδηγεί στην εξοικείωση με τις φοβογόνες



καταστάσεις μιας και οι νέες πληροφορίες διαψεύδουν τις εσφαλμένες εκτιμήσεις τους (Houghton et al, 2010).

Η πλέον γνωστή τεχνική της συμπεριφορικής προσέγγισης είναι η Έκθεση - Παρεμπόδιση της Απάντησης (Ε.Π.Α.), γνωστή στη διεθνή βιβλιογραφία ως «exposure and response prevention» (ocfoundation.org, 2013· Abramowitz et al., 2009). Κατά τη συγκεκριμένη τεχνική ο πάσχων εκτίθεται στο φοβικό του αντικείμενο αλλά αποτρέπεται από το να εκτελέσει την ψυχαναγκαστική τελετουργική πράξη.

Ο Abramowitz et al, (2009) αναφέρει ότι η Ε.Π.Α βασίζεται τόσο στη συμπεριφορική όσο και στη γνωστική προοπτική. Κατά την πρώτη προσέγγιση, η συνεχόμενη και επαναλαμβανόμενη έκθεση σε φοβικά ερεθίσματα προάγει μετά από κάποιο διάστημα μία πρωτόγνωρη κατάσταση στον πάσχοντα, γνωστή ως εξοικείωση (habituation), η οποία οδηγεί στη σταδιακή φυσική μείωση του άγχους. Με τη σειρά της η παρεμπόδιση της απάντησης ενισχύει ακόμη περισσότερο την κατάσταση της εξοικείωσης με την αναστολή των τελετουργικών πράξεων (ocfoundation.org, 2013).

Κατά τη γνωστική προσέγγιση, η συγκεκριμένη τεχνική διορθώνει τις δυσλειτουργικές ιδέες, που αποτελούν και τη βάση της συμπτωματολογίας της ΙΨΔ, προσφέροντας στον πάσχοντα πληροφορίες που αμφισβητούν τα «δόγματά» του, αφού διαπιστώνει ότι οι συνέπειες των εμμονών του δεν είναι πραγματοποιήσιμες (Abramowitz et al, 2001). Πιο αναλυτικά, η τεχνική της Ε.Π.Α αποτελείται από τα ακόλουθα επιμέρους τμήματα:

- Πραγματική έκθεση (in vivo exposure): βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει τις νύξεις που πυροδοτούν τις ιδεοληψίες όπως αντικείμενα, λέξεις, εικόνες, καταστάσεις. Λόγου χάρη το άγγιγμα της βρύσης σε δημόσια τουαλέτα πυροδοτεί ιδεοληψίες σχετικές με τη μόλυνση.
- Φαντασιακή έκθεση (imaginal exposure): περιλαμβάνει τη φανταστική έκθεση του ασθενούς σε στρεσογόνες καταστάσεις. Στον πάσχοντα παρατηρείται συχνά αυτό που ονομάζεται «συγχώνευση σκέψης και πράξης» (thought - action fusion). Η συνεχόμενη έκθεση του ασθενούς σε μία στρεσογόνο ιδεοληψία θα οδηγήσει το άτομο στην αποφυγή αυτού του γνωστικού λάθους και ταυτόχρονα θα το βοηθήσει να καταλάβει ότι οι δύο

πραναφερόμενες δεν συγχέονται. Από τη στιγμή που ο ασθενής σταματήσει να καταπιέζει τις σκέψεις του, τότε αυτές θα αρχίσουν να εμφανίζονται λάθος.

- Αποφυγή τελετουργικού: το άτομο αποφεύγει την εκτέλεση μίας τελετουργικής πράξης, με την οποία πιστεύει ότι θα εμποδίσει τις βλαβερές συνέπειες μίας σκέψης. Η αποφυγή του τελετουργικού μαθαίνει τον ασθενή ότι η μη τήρησή του δεν προκαλεί δυσάρεστες συνέπειες και κατ'επέκταση δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας ή άγχους.
- Επεξεργασία: εδώ ο ασθενής συζητά την εμπειρία του κατά τη διάρκεια της Ε.Π.Α όπως και το κατά πόσο επιβεβαιώνονται ή όχι οι προσδοκίες του.

Μία από τις πρώτες μελέτες που αφορούσε στην αποτελεσματικότητα της συμπεριφορικής θεραπείας στην ΙΨΔ, μετά τις μελέτες των Meyer et al (1974), ήταν αυτή των Ranchman et al,(1971), όπου έγινε σύγκριση της τεχνικής Ε.Π.Α με άλλες θεραπείες, όπως της χαλάρωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η Ε.Π.Α λειτουργεί σημαντικά ως προς τη βελτίωση του ατόμου με Ι.Ψ.Δ. Σε ανάλογα συμπεράσματα οδηγήθηκαν και οι Foa & Goldstein (1978), οι οποίοι παρατήρησαν ότι το 66% των ασθενών παρουσίασε βελτίωση με τη χρήση της Ε.Π.Α., ενώ το 20% παρουσίασε μικρότερη ανταπόκριση και βελτίωση στα συμπτώματα της ΙΨΔ, όπως και ότι είναι προτιμότερο η θεραπεία να περιλαμβάνει τόσο την έκθεση όσο και την παρεμπόδιση της απάντησης παρά το ένα από τα δύο.

### 2.3.3 Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία

Η Γνωσιακή- Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral therapy) αποτελεί σύνθεση των γνωσιακών και συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. Σύμφωνα με τους Hawton et al (1989), στόχος της παρέμβασης είναι η αναγνώριση της δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα στη θεραπεία να δίνεται άλλοτε «βήμα» στις γνωσιακές τεχνικές και άλλοτε στις συμπεριφορικές (Storch et al, 2008).

Ο Ευσταθίου (2013) αναφέρει ότι η Γ.Σ.Θ.<sup>14</sup> αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

- *Η γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά.*

<sup>14</sup> Για λόγους συντομίας θα περιγράφεται η εν λόγω τεχνική με τα αρχικά γράμματα των λέξεων Γ.Σ.Θ..

- *Η γνωστική λειτουργία μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί.*
- *Οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές (σ. 1).*

Η Γ.Σ.Θ. εμπλέκει τον πάσχοντα σε μία διαδικασία «αυτό-ίασης». Το άτομο μαθαίνει τις γνώσεις και τις τεχνικές ώστε να γίνει ο θεραπευτής του εαυτού του. Δουλεύει συνεχώς πάνω στη διαταραχή του με σκοπό την πλήρη ανάκαμψη από αυτή (Storch et al, 2008). Όπως μελετήθηκε ανωτέρω, ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων με ΙΨΔ έχουν βοηθηθεί σημαντικά με τη Γ.Σ.Θ., καθώς αυτή η μορφή θεραπείας δεν ενέχει κανένα κίνδυνο ή παρενέργειες (όπως πιθανόν να συμβαίνει στη φαρμακευτική προσέγγιση) και γι' αυτό προτιμάται από τα περισσότερα εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης ΙΨΔ, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Βρετανικός Οργανισμός ΙΨΔ (ocduk.org, 2013).

Όπως γίνεται αντιληπτό, η Γ.Σ.Θ. είναι ένα σύνολο θεραπευτικών στρατηγικών, με σημαντικότερη την Ε.Π.Α που χρησιμοποιείται στη συμπεριφορική προσέγγιση. Αφενός η Γνωστική πλευρά της Γ.Σ.Θ. εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται το άτομο, αφετέρου η Συμπεριφορική εξετάζει το πώς αυτός ο τρόπος σκέψης επηρεάζει αυτό που κάνει το άτομο (ocduk.org, 2013. Storch et al, 2008). Με τη χρήση της Ε.Π.Α θα διερευνηθούν οι εναλλακτικοί τρόποι αντίδρασης στις ιδεοληπτικές και ψυχαναγκαστικές σκέψεις, καθώς ο σκοπός της Γ.Σ.Θ. αρχικά, δεν είναι να «εξαφανίσει» τα συμπτώματα της ΙΨΔ αλλά να βοηθήσει τον πάσχοντα να εντοπίσει και να τροποποιήσει τις σκέψεις που του προκαλούν άγχος και ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές.

Η Γ.Σ.Θ της ΙΨΔ, κατά κύριο λόγο, έχει βασιστεί στο έργο των Beck (1976) και Salkovskis (1985). Με τη χρήση του Σωκρατικού διαλόγου ο πάσχων μαθαίνει να αμφισβητεί τις αυτόματες σκέψεις και να τις μετατρέπει σε λειτουργικές. Η πορεία της θεραπείας αποκτά το χαρακτήρα της «κατευθυνόμενης ανακάλυψης», όπου το άτομο οδηγείται σταδιακά στην κατανόηση του προβλήματός του αλλά και στην προσπάθεια αντιμετώπισής του (Beck et al, 1979).

Σε ορισμένες περιπτώσεις η Γ.Σ.Θ μπορεί να μην είναι απόλυτα αποτελεσματική και είναι πιθανό το άτομο με ΙΨΔ να βιώσει μία παλινδρόμηση των συμπτωμάτων. Όμως με τη βοήθεια του ειδικού αλλά και με την εκμάθηση των κατάλληλων τεχνικών το άτομο θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει κάθε μορφής



οπισθοδρόμηση. Άλλες έρευνες (Simpson et al, 2013· Σκαπινάκης, 2013) έχουν δείξει ότι ένας συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής με μία ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, μπορεί να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά. Για παράδειγμα, οι Simpson et al (2013), παρουσίασαν ένα πολυδιάστατο θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι ασθενείς ακολούθησαν την τεχνική της Ε.Π.Α. ενώ παράλληλα έλαβαν ένα εποπτευόμενο πρόγραμμα διατροφής, διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής όπως και κοινωνική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε μείωση των συμπτωμάτων της ΙΨΔ, βελτίωση σε διατροφικές διαταραχές, στην κατάθλιψη αλλά και βελτίωση 56 ασθενών που υπέφεραν και από τις δύο διαταραχές.

Εν κατακλείδι, αξίζει να τονιστεί ότι όποιο είδος θεραπείας και αν ακολουθηθεί δεν λειτουργεί ανταγωνιστικά προς το άλλο. Αρκετοί θεραπευτές χρησιμοποιούν συνδυασμούς των διάφορων τεχνικών. Στη παρούσα μελέτη θεωρούμε ότι ο συνδυασμός των γνωσιακών τεχνικών και της συμπεριφορικής θεραπείας, που οδηγεί στη Γ.Σ.Θ, μπορεί να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά σε σχέση με άλλες θεραπείες, όπως τη φαρμακευτική (Anand et al, 2011. Braga et al, 2010. Houghton et al, 2010).

## **2.4 Τεχνικές και μέθοδοι στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία**

Η θεραπεία είναι το βασικό είναι το βασικό γεγονός για την Κλινική Νευροψυχολογία(Αργύρης Β. Καραπέτσας ). Το πρώτο βήμα στην ίαση της ΙΨΔ είναι η δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης και συνεργασίας ανάμεσα στο θεραπευόμενο και τον ειδικό. Εάν οι δύο πλευρές συνθέσουν μία ισότιμη ομάδα, με ξεκάθαρο το ρόλο του καθενός, τότε χτίζεται μία ισχυρή βάση για την αντιμετώπιση της κατάστασης και η θεραπευτική προσέγγιση δύναται να επιφέρει τα θεμιτά αποτελέσματα (Persons, 1989).

Είναι σημαντικό ο ειδικός να εξηγεί αναλυτικά τα βήματα της θεραπείας στο άτομο με ΙΨΔ. Η χρήση των κατάλληλων συγγραμμάτων δύναται να φανεί βοηθητική, καθώς ο θεραπευόμενος είναι σε θέση να τα διαβάσει και κατ' επέκταση να κατανοήσει καλύτερα τόσο την ΙΨΔ όσο και την προσέγγιση ίασής της. Επιπρόσθετα, ο ειδικός οφείλει να έχει δημιουργήσει ένα περιβάλλον που θα είναι κατάλληλα διαμορφωμένο, ώστε ο ασθενής να αισθάνεται άνετα και οικεία. Σημαντικές λεπτομέρειες, όπως για παράδειγμα η θέση των επίπλων, δύναται να

συμβάλουν θετικά στη σχέση του ειδικού και του θεραπευόμενου. Τέλος, ο ειδικός πρέπει να καταστήσει σαφές ότι δεν είναι μία αυθεντία αλλά μπορεί να κάνει κάποιο λάθος, που όμως είναι σε θέση να το διορθώσει. Μία τέτοια στάση ενισχύει τους ισότιμους ρόλους των δύο πλευρών και ακόμη περισσότερο ένα κλίμα εμπιστοσύνης (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

Ο ειδικός πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει την ύπαρξη δυσλειτουργικών συμπεριφορών στο άτομο με ΙΨΔ. Επίσης για να γίνει σωστά η θεραπεία ο νευροψυχολόγος θα πρέπει να προσδιορίσει ακριβώς τον τρόπο της θεραπευτικής προσέγγισης (Αργύρης Β. Καραπέτσας) . Είναι σημαντικό να αποφεύγει γενικούς χαρακτηρισμούς και να αντιμετωπίζει την περίπτωση του κάθε ατόμου ως ξεχωριστή, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητές της (Ευσταθίου, 2013). Από την αρχή, ο ειδικός προσπαθεί να εξοικειώσει το άτομο με ΙΨΔ με τις αρχές του γνωστικού μοντέλου. Επομένως, η συμπεριφορά του θεραπευόμενου δεν προκύπτει από ασυνείδητες επιθυμίες αλλά από τις σκέψεις που έχει ο ίδιος για τη ζωή του και τον εαυτό του (Hyman & Pedrick, 2009. Beck, 1976). Στόχος της Γ.Σ.Θ. είναι να δώσει στο άτομο τη δυνατότητα να αναγνωρίζει τη δυσλειτουργική συμπεριφορά και παράλληλα να την αντιμετωπίζει με τη χρήση των δεξιοτήτων που θα έχει αποκτήσει με τη βοήθεια της κατάλληλης εκπαίδευσης.

#### **2.4.1 Η πορεία της τεχνικής της Γ.Σ.Θ.**

Σύμφωνα με τον Cordioli (2008), η Γ.Σ.Θ. παίζει καθοριστικό ρόλο στη μείωση των συμπτωμάτων της ΙΨΔ. Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, η τεχνική της Ε.Π.Α. αποτελεί σημαντικό εργαλείο στην αντιμετώπιση της νόσου. Παρ' όλα αυτά, αν και η Ε.Π.Α. θεωρείται ουσιαστικό συστατικό της Γ.Σ.Θ., σταδιακά μπορούν να προστίθενται και άλλες γνωσιακές - συμπεριφορικές μέθοδοι, ώστε ο εκάστοτε ειδικός να έχει στη διάθεσή του ένα ολοκληρωμένο πλάνο διαχείρισης της νόσου.

Πιο συγκεκριμένα ο Cordioli(2008) παραθέτει μία σειρά από βήματα που ακολουθεί η Γ.Σ.Θ. για την αντιμετώπιση της ΙΨΔ:

- *Αξιολόγηση του ασθενούς:* Σε αυτό το σημείο γίνεται η διάγνωση για ΙΨΔ όπως και για την παρουσία άλλων ασθενειών. Γίνεται αξιολόγηση των αντίθετων ενδείξεων ή των προαγγέλων της μη ανταπόκρισης στη Γ.Σ.Θ. αλλά και η

ύπαρξη ή μη των κινήτρων για να ακολουθήσει ο ασθενής τις τεχνικές της εν λόγω θεραπείας.

- *Αρχική φάση:* εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την ΙΨΔ αλλά και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί (Ε.Π.Α.). Γίνεται αναγνώριση, καταγραφή, αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και ιεράρχηση των ασκήσεων με βάση το βαθμό δυσφορίας ή δυσκολίας του ασθενούς. Επιλέγονται οι πρώτες ασκήσεις Ε.Π.Α. καθώς και εργασία στο σπίτι. Ο ειδικός εξηγεί το γνωσιακό μοντέλο (δυσλειτουργικές πεποιθήσεις) και εισάγει τις γνωσιακές τεχνικές.
- *Ενδιάμεση φάση:* συνέχιση της Ε.Π.Α. και των γνωσιακών ασκήσεων. Παρακολούθηση και ενίσχυση των γνωσιακών και συμπεριφορικών τεχνικών όπως και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων.
- *Απαλλαγή, πρόληψη υποτροπής και θεραπεία συντήρησης:* Σε αυτή τη φάση ο ειδικός ακολουθεί μία διαδικασία που αποτελείται από πέντε επιμέρους βήματα:
  - Αξιολόγηση του ασθενούς και ενδείξεις για τη Γ.Σ.Θ. Οι ασθενείς αξιολογούνται με τη βοήθεια μίας ή περισσότερων ημι-δομημένων συνεντεύξεων με στόχο την εδραίωση της διάγνωσης της ΙΨΔ. Γίνεται αναφορά στην ύπαρξη περιστασιακών συνοδών νοσημάτων, καθορίζεται η έναρξη και η πορεία των συμπτωμάτων, όπως και την παρέμβασή τους στη ζωή των ασθενών και της οικογένειάς τους. Γίνεται διερεύνηση για το αν υπάρχουν συμπτώματα ΙΨΔ και σε άλλα μέλη της οικογένειας καθώς και αν οι προηγούμενες θεραπείες είχαν επιτυχία ή όχι αποτελέσματα. Επιπρόσθετα γίνεται ενημέρωση για το αν ο ασθενής ακολούθησε και φαρμακευτική αγωγή.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί μπορεί να εμφανίζονται και σε πολυάριθμες άλλες ψυχικές ασθένειες. Τα συμπτώματα της ΙΨΔ θα πρέπει να είναι σοβαρά ώστε να προκαλέσουν ένα σημαντικό βαθμό δυσφορίας ή ακόμη να παρεμβαίνουν στην καθημερινότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς (Cordioli, 2008). Έτσι είναι σημαντικό πέρα από την εδραίωση της διάγνωσης της ΙΨΔ, να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και σε άλλα δύο σημεία: τα συνοδά νοσήματα και τις αντενδείξεις για Γ.Σ.Θ.

- Συνοδά νοσήματα. Οι ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί όπως και οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές δύναται να εμφανιστούν και σε άλλες



διαταραχές εκτός της ΙΨΔ, όπως σε διαταραχές άγχους, στην κατάθλιψη, τις διατροφικές διαταραχές, στον αλκοολισμό ή στη χρήση ναρκωτικών. Είναι σημαντικό να διερευνηθεί η ύπαρξή τους, γιατί αυτό μπορεί να οδηγήσει τον ειδικό σε μία διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση μιας και η χρήση των Γ.Σ.Θ μπορεί να μην είναι αρκετή και να απαιτείται η συμπλήρωσή της από άλλες θεραπείες.

- Αντενδείξεις και παράγοντες πρόβλεψης της μη-απόκρισης στη Γ.Σ.Θ. Πολλοί ασθενείς με ΙΨΔ δείχνουν άμεση απόκριση στη Γ.Σ.Θ. ενώ άλλοι δεν ανταποκρίνονται και εγκαταλείπουν τη θεραπεία. Αυτό που αποτελεί θέμα προς διερεύνηση είναι ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ασθενών που ανταποκρίνονται στη Γ.Σ.Θ. και επωφελούνται από αυτή και ποια εκείνων που δεν παρουσιάζουν βελτίωση. Λόγου χάρη ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχή της προσωπικότητας ή εξάρτηση από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά, έλλειψη κινήτρων δεν μπορούν να ακολουθήσουν τη Γ.Σ.Θ. (Cordioli, 2008).
- Ψυχο-εκπαίδευση και τα κίνητρα για τη θεραπεία. Αρκετές φορές, το άτομο με ΙΨΔ, αρνείται να συμμορφωθεί στις οδηγίες ή τις ασκήσεις που του έχει προτείνει ο θεραπευτής του, δεν ακολουθεί το πρόγραμμα και τις ασκήσεις στο σπίτι και αυτό θα μπορούσε να σημειωθεί στα προβλήματα που παρουσιάζει η Γ.Σ.Θ. Προκειμένου να μειωθεί ή να εξαλειφθεί μία τέτοια κατάσταση, ο θεραπευτής αρχικά στοχεύει στο να παρακινήσει τους ασθενείς να δεχτούν τη θεραπεία. Είναι σημαντικό ο ασθενής να ενημερωθεί από την αρχή για τη φύση της ΙΨΔ, τις διαθέσιμες θεραπείες, τι προσφέρει η Γ.Σ.Θ.. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής μπορεί να συμμορφωθεί και να ακολουθήσει τις προτάσεις του ειδικού με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.
- Επεξεργασία της λίστας συμπτωμάτων και εκτίμηση της σοβαρότητάς τους. Από τη στιγμή που ο ασθενής δεχτεί να ακολουθήσει τη Γ.Σ.Θ., το επόμενο βήμα θα είναι να εκπονηθεί ένας λεπτομερής και πλήρης κατάλογος με τα συμπτώματα ΙΨΔ. Θα συμπεριλαμβάνονται η συχνότητα, ο χρόνος, οι χώροι, τα αντικείμενα ή οι καταστάσεις που προκαλούν εμμονές και οδηγούν τον πάσχοντα να εκτελεί τελετουργικές πράξεις. Οι ασθενείς καλούνται να ταξινομήσουν τα συμπτώματά τους



σύμφωνα με το βαθμό του άγχους που σχετίζεται με τις εμμονές ή με το βαθμό του άγχους που φαντάζονται ότι θα βίωναν αν θα έπρεπε να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις που αποφεύγουν. Αυτή η αξιολόγηση είναι χρήσιμη για την επιλογή των ασκήσεων που θα γίνονται στο σπίτι, καθώς συνιστάται να αρχίζουν πάντα από εκείνες που προκαλούν λιγότερο άγχος. Στο τέλος της πρώτης ή της δεύτερης συνεδρίας είναι σύνηθες να εφαρμόζονται οι κλίμακες που αξιολογούν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, όπως οι Y-BOCS και ο αναθεωρημένος κατάλογος ΙΨΔ (OCI-R), που θα χρησιμοποιηθούν ως αναφορά για την αξιολόγηση μείωσης των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Cordioli, 2008).

Επιπρόσθετα, ο ειδικός με τη βοήθεια του καταλόγου μπορεί να αρχίσει να κάνει υποθέσεις για το γνωστικό μηχανισμό που βρίσκεται πίσω από τα προβλήματα του ατόμου με ΙΨΔ. Σημαντικές πληροφορίες δύναται να λάβει και μέσα από το μοντέλο ανάλυσης συμπεριφοράς (ABC) ώστε να εντοπίσει την υποβόσκουσα πεποίθηση (Ευσταθίου, 2013). Το μοντέλο εμπεριέχει τρία στάδια: το γεγονός που προηγείται (Antecedents), τη συμπεριφορά (Behavior) και τις συνέπειες (Consequences). Η προηγούμενη συνθήκη είναι ένα γεγονός που έρχεται πριν από μία συμπεριφορά και μπορεί να προκαλέσει αυτή τη συμπεριφορά. Ως συμπεριφορά εννοείται οποιαδήποτε πράξη κάνει το άτομο και η συνέπεια είναι αυτό που έπεται αυτής (Miltenberger 2008·Reid & Parsons, 2007). Για να γίνει πιο κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας του μοντέλου ABC, για τον εντοπισμό της υποβόσκουσας συμπεριφοράς, ακολουθεί πίνακας (Πίνακας 2.2) με παραδείγματα, έτσι όπως παρατίθεται στον Ευσταθίου( 2013, σ.4).

Ένας ακόμη θεραπευτικός στόχος είναι ο εντοπισμός των αυτόματων σκέψεων. Ο πάσχων πρέπει να μπορεί να διακρίνει τις σκέψεις από τα συναισθήματά του. Μπορεί να καταγράφει τα γεγονότα που του προκάλεσαν το δυσάρεστο συναίσθημα και να τα παραθέτει στον θεραπευτή του ώστε να συζητούνται οι επιμέρους στόχοι αλλά και οι στρατηγικές που θα ακολουθηθούν στην πορεία. Αφού ολοκληρωθούν οι ανωτέρω διεργασίες, τότε μπορεί να εφαρμοστεί οποιαδήποτε παρέμβαση της Γ.Σ.Θ.. Ως γενικός στόχος της Γ.Σ.Θ. και των επιμέρους τεχνικών της είναι να μάθει το άτομο να αφομοιώνει τις εμπειρίες του και να επιλύει τα προβλήματά του, βρίσκοντας νέους τρόπους, τις περισσότερες φορές χωρίς τη



βοήθεια του ειδικού, αφού πλέον είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει το ίδιο τις τεχνικές του ειδικού.

**Πίνακας 2.2.** – ABC: Εντοπισμός της υποβόσκουσας πεποίθησης<sup>15</sup>.

Γεγονός που προηγείται	Συμπεριφορά	Γεγονός που έπεται
Ο σύντροφός μου εργάζεται και δε μου μιλάει	Πονάει το κεφάλι μου	Σταματάει να εργάζεται και με συμβουλεύει τι να κάνω
Πιθανή υποβόσκουσα αντίληψη: Μπορώ να τραβήξω την προσοχή των άλλων, αν έχω σωματικά προβλήματα		
Η μητέρα μου ζητάει να πάω για ψώνια	Αρνούμαι γιατί έχω διάβασμα	Λέει ότι κουράζεται πολύ και ότι θα την πεθάνω
Πιθανή υποβόσκουσα αντίληψη: Αν διεκδικώ τα δικαιώματά μου, κάνω κακό στους ανθρώπους που αγαπάω		

<sup>15</sup>

Ευσταθίου, (2013).

### **3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ- ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

#### **3.1 Εισαγωγή**

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι για την αντιμετώπιση της ΙΨΔ υπάρχουν περισσότερες από μία θεραπευτικές προσεγγίσεις, τίθεται το ερώτημα ποια είναι η αποτελεσματικότερη μορφή θεραπείας. Σύμφωνα με τον διεθνή οργανισμό ΙΨΔ (ocfoundation.org, 2013), η πιο ορθή αντιμετώπιση της νόσου είναι ένας συνδυασμός πολλών στοιχείων:

- Η τεχνική της Ε.Π.Α. από τη γνωστική και συμπεριφορική παρέμβαση.
- Η σωστή φαρμακευτική αγωγή.
- Ένας ψυχολόγος, ο οποίος έχει την κατάλληλη εκπαίδευση για να αντιμετωπίσει τη νόσο.
- Η οικογενειακή υποστήριξη και η επιμόρφωση.

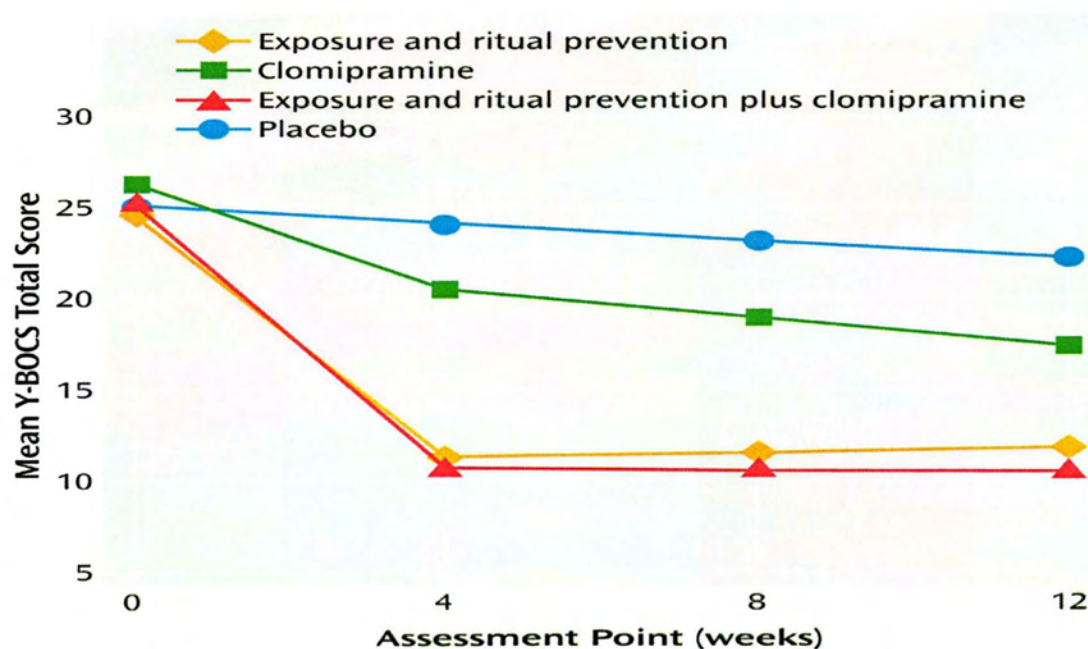
Ωστόσο, ένα χαρακτηριστικό της φαρμακευτικής αγωγής είναι ότι πρέπει να λαμβάνεται για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρις ότου ο ασθενής ανακάμψει. Επίσης, αρκετοί από τους ασθενείς δύναται να παρουσιάσουν παρενέργειες με αποτέλεσμα το 1/2 των ασθενών να διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή, πράξη που ελλοχεύει τον κίνδυνο της επανεμφάνισης των συμπτωμάτων (ocfoundation.org, 2013).

##### **3.1.1 Σύγκριση της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας με τη Φαρμακευτική**

Δύο από τα πιο αποτελεσματικά θεραπευτικά σχήματα είναι τόσο η Γ.Σ.Θ. όσο και η φαρμακευτική αγωγή. Αν και λειτουργούν διαφορετικά, δύναται να βοηθήσουν ουσιαστικά τον πάσχοντα, για το λόγο αυτό και είναι άξια προσοχής μία συγκριτική αναφορά ανάμεσα στις δύο μορφές θεραπείας.

Οι Foa et al, (2005) στην έρευνά τους μελέτησαν την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου κλομιπραμίνη όπως και της Γ.Σ.Θ. και πιο συγκεκριμένα της τεχνικής Ε.Π.Α. Αποδείχτηκε ότι είτε συνδυαστικά είτε ξεχωριστά οι θεραπείες βοηθούν σημαντικά στην αντιμετώπιση της νόσου, με την τεχνική Ε.Π.Α. όμως να φαίνεται πιο αποτελεσματική, όπως παρουσιάζεται και στο γράφημα της Εικόνας 3.1.

**Εικόνα 3.1.** – Η πορεία των αλλαγών των συμπτωμάτων από την έρευνα των Foa et al, (2005)<sup>16</sup>.



Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς, μετά τη διακοπή των φαρμάκων, είναι πιθανότερο να υποτροπιάσουν σε σχέση με εκείνους που ακολουθούν τις μεθόδους της ΓΣΘ, άλλο ένα στοιχείο που συνηγορεί υπέρ της εν λόγω τακτικής (Simpson et al, 2004).

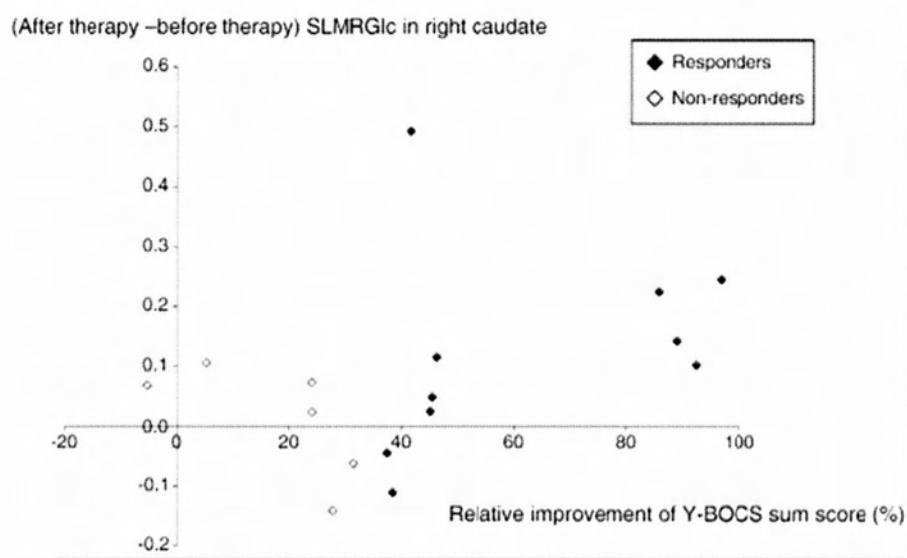
Μία ακόμη έρευνα έρχεται να προστεθεί στην παραδοχή ότι ο συνδυασμός των δύο θεραπευτικών δράσεων λειτουργεί προς όφελος του ασθενούς (Apostolova et al, 2010). Σημειώνεται αύξηση στα επίπεδα μεταβολισμού της γλυκόζης σε περιοχές που συνδέονται με την παθογένεση της ασθένειας. Η αύξηση αυτή συσχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση των συμπτωμάτων της νόσου, έτσι όπως παρουσιάζεται στο γράφημα της Εικόνας 3.2 (Apostolova et al, 2010).

Παρά το γεγονός ότι και στην παρούσα μελέτη υποστηρίζεται η άποψη ότι οι τεχνικές της Γ.Σ.Θ. είναι περισσότερο ενδεδειγμένες στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ και

<sup>16</sup> Foa et al, 2005.

ειδικότερα η τεχνική της Ε.Π.Α, υπάρχει και η αντίθετη άποψη, όπου θεωρεί ότι η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας δε λειτουργεί πάντα με επιτυχία.

**Εικόνα 3.2.** – Διαφορές στα επίπεδα του μεταβολισμού της γλυκόζης ασθενών με ΓΨΔ πριν και μετά τη θεραπεία<sup>17</sup>.



Οι Moloney & Kelly (2004), θεωρούν ότι ενώ αρκετές πτυχές της Γ.Σ.Θ. είναι δυνατόν να φανούν χρήσιμες και ιδιαίτερα σε σημεία που βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει με θάρρος τα περιβαλλοντικά αίτια της αγωνίας και του άγχους του, από την άλλη πλευρά η ίδια τεχνική μπορεί να εμποδίσει την βελτίωση του ατόμου καθώς δεν δύναται να δει το ευρύτερο φάσμα των ανησυχιών του και να το τοποθετήσει μέσα σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο. Συνεχίζουν λέγοντας ότι οι θεραπευτές της Γ.Σ.Θ. αντιμετωπίζουν την ανθρώπινη κατάσταση ως προϊόν τεσσάρων αλληλεπιδρώντων στοιχείων: της γνωστικής λειτουργίας, της συμπεριφοράς, της φυσιολογίας και του συναισθήματος.

Μέσα από μία διαδικασία δομημένων ασκήσεων το άτομο θα προσπαθήσει να τροποποιήσει τις «κακές» σκέψεις αλλά και τα βαθύτερα μοτίβα ή σχήματα που υποθάλπονται, ώστε σταδιακά να βρει μία θεραπευτική διέξοδο. Η θεραπεία προκύπτει ως αποτέλεσμα της έγκυρης επιστημονικής γνώσης που προκύπτει από τα πλαίσια της γνωστικής επιστήμης.

<sup>17</sup>

Apostolova et al, 2010.

Αυτή η άποψη αμφισβητείται από τους Moloney & Kelly (2004), τονίζοντας ότι τα αποτελέσματα της Γ.Σ.Θ. μπορεί να είναι διφορούμενα. Λόγου χάρη τα καταθλιπτικά άτομα τείνουν να εκφράζουν αρνητικές ιδέες πιο συχνά από τα μη καταθλιπτικά άτομα, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να αποκαλυφθούν, στην πραγματικότητα, περισσότερα στοιχεία για την αιτιώδη σχέση της γνωστικής λειτουργίας και του συναισθήματος. Κατ' επέκταση, η χρήση της Γ.Σ.Θ. είναι παραπλανητική τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεραπευτή, μιας και αφενός δεν θα καταφέρει να παρουσιάσει το πλήρες πεδίο των εμπειριών του ασθενούς αφετέρου δε ο θεραπευτής δεν θα είναι σε θέση να δώσει τη σωστή καθοδήγηση (Moloney & Kelly, 2004).

Πρέπει να τονιστεί ότι και οι δύο μορφές θεραπείες δεν λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους. Αντίθετα, όπως παρουσιάζουν τα ευρήματα αρκετών ερευνών, η μία μπορεί να συμπληρώσει την άλλη και να προσφέρουν σημαντική βοήθεια στους ασθενείς (Σκαπινάκης, 2013). Οι Eddy et al., (2004) παρουσίασαν μία πολυδιάστατη μετα-ανάλυση των ψυχολογικών και φαρμακευτικών μελετών θεραπείας της ΙΨΔ που δημοσιεύτηκαν από το 1980 έως και το 2001 και μετά την εξέταση μίας σειράς μεταβλητών, οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η Γ.Σ.Θ. μαζί με μία σειρά από φαρμακευτικές παρεμβάσεις δύναται να οδηγήσουν στη σημαντική βελτίωση του ασθενούς. Τόσο οι ψυχοθεραπείες όσο και η κλομιπραμίνη και οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης μετριάζουν τα συμπτώματα της νόσου σε ικανοποιητικό βαθμό.

Σε παρόμοια συμπεράσματα έχουν οδηγηθεί και νεότερες έρευνες. Οι Albert et al, (2012) σε έρευνα που πραγματοποίησαν στην Ιταλία, παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με ΙΨΔ, που ακολουθούσαν μία φαρμακευτική αγωγή (όπως κλομιπραμίνη), παρουσίασαν σημαντική βελτίωση έπειτα από τη συνδυαστική χρήση των φαρμάκων με τις τεχνικές της Γ.Σ.Θ.

### **3.2 Αποτελεσματικότητα της Γ.Σ.Θ.**

Τα άτομα που πάσχουν από ΙΨΔ πολλές φορές καθυστερούν να ζητήσουν υποστήριξη από επαγγελματίες, εξαιτίας του φόβου για στιγματισμό από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο ή τον στενότερο οικογενειακό κύκλο. Έτσι, πολλοί από τους πάσχοντες δεν γνωρίζουν ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζει η συγκεκριμένη



διαταραχή είναι αντιμετωπίσιμα, αρκεί να ακολουθηθεί μία εγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση από εξειδικευμένα άτομα.

Η αντιμετώπιση της ΙΨΔ με φαρμακευτική αγωγή δύναται να έχει θετική επίδραση στον πάσχοντα όμως, όπως μελετήθηκε ανωτέρω, τα αποτελέσματά της μπορεί να μην είναι μόνιμα, κυρίως μετά τη διακοπή χορήγησης των φαρμάκων ή ακόμη να προκαλέσει και παρενέργειες. Αντίθετα, η Γ.Σ.Θ. δύναται να είναι περισσότερο αποτελεσματική χωρίς να υπάρχει κανένας περιορισμός ή παρενέργεια, όσον αφορά στην ηλικία των ασθενών ή στη χρονική διάρκεια που ο θεραπευτής θα χρησιμοποιήσει κάποια από τις στρατηγικές της Γ.Σ.Θ..

### **3.2.1 Γ.Σ.Θ. σε γυναίκες που εγκυμονούν ή θηλάζουν & σε παιδιά ή εφήβους με ΙΨΔ**

Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η Γ.Σ.Θ. και συγκεκριμένα η τεχνική της Ε.Π.Α. μπορεί να ακολουθηθεί από την πλειοψηφία των ατόμων και μάλιστα τα αποτελέσματα αυτής φαίνεται να διαρκούν στον χρόνο, ειδικά όταν συνοδεύεται και από συχνές συνεδρίες παρακολούθησης (Σκαπινάκης, 2013). Σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών η χρήση φαρμάκων είναι προτιμότερο να αποφεύγεται. Λόγου χάρη, σε γυναίκες που εγκυμονούν ή θηλάζουν η χρήση της Ε.Π.Α. λειτουργεί αποτελεσματικά και έτσι περιορίζεται η χρήση των φαρμάκων (ocfoundation.org, 2013). Μέχρι πρόσφατα η ΙΨΔ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά τον τοκετό δεν έχαιρε μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος. Σήμερα πιστεύεται ότι είναι ένα σημαντικό πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει το 2-4% των νέων μητέρων (ocduk.org, 2013). Πολλές φορές τα συμπτώματα της ΙΨΔ μπορεί να προϋπήρχαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή λίγο αργότερα μπορεί να επιδεινώνονται.

Στις μητέρες με προγεννητική ή μεταγεννητική ΙΨΔ τα χαρακτηριστικά των ιδεοληψιών και των καταναγκασμών είναι παρόμοια με τις άλλες μορφές ΙΨΔ. Συνήθως όμως οι εμμονές επικεντρώνονται στο φόβο ότι θα προκαλέσουν κακό στο νεογέννητο μωρό τους. Οι εμμονές μπορεί να έχουν τον χαρακτήρα ανεπιθύμητων εικόνων όπου το μωρό κακοποιείται σεξουαλικά ή κινδυνεύει από πνιγμό και ασφυξία ή μία ποικιλία στρεσογόνων σκέψεων που ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Οι διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως νευρώσεις, ψυχώσεις κ.α καθιστούν προβληματική την προσαρμογή και ομαλή εξέλιξη του παιδιού στον κόσμο των μεγάλων (Αργύρης Β. Καραπέτσας). Η επιτυχής αντιμετώπιση της ΙΨΔ είναι εφικτή

και αυτό μπορεί να συμβεί κατά κύριο λόγο με τη βοήθεια της Γ.Σ.Θ, ειδικά σε μητέρες που θηλάζουν, καθώς η χρήση των φαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται λόγω των υψηλών επιπέδων των ουσιών που μεταφέρονται μέσω του μητρικού γάλακτος (ocduk.org, 2013).

Η ΙΨΔ είναι δυνατόν να εμφανιστεί όχι μόνο σε ενήλικες αλλά και σε παιδιά ή εφήβους. Η Stewart (ocfoundation.org, 2013) αναφέρει ότι τουλάχιστον 1 στα 200 παιδιά και εφήβους στις Η.Π.Α έχει ΙΨΔ. Η διαταραχή παρουσιάζει σχεδόν τα ίδια χαρακτηριστικά στα παιδιά και στους εφήβους όπως και στους ενήλικες με ΙΨΔ. Έτσι, τα παιδιά με ΙΨΔ παρουσιάζουν ιδεοληψίες και εμμονές οι οποίες περιγράφονται από εκείνα ως ανεπιθύμητες και στρεσογόνες καταστάσεις (Beck et al., 2004. Shafran, 1998).

Η μη αντιμετώπιση της διαταραχής προκαλεί διαταραχή στη ρουτίνα τους, καθώς για να λειτουργήσουν όλα «σωστά» θα πρέπει να ακολουθούν ένα συγκεκριμένο τελετουργικό. Η παρεμπόδιση των επαναλαμβανόμενων πράξεων θα φέρει αναστάτωση σε όλες τις εκδηλώσεις τους και σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής τους. Έτσι, τα νεαρά άτομα με ΙΨΔ θα έχουν προβλήματα στην καθημερινότητά τους, στη σχολική και κοινωνική τους ζωή όπως και πλείστα προβλήματα ψυχικής υγείας (ocfoundation.org, 2013. Shafran, 1998).

Η θεραπεία της παιδικής και εφηβικής ΙΨΔ αντλείται επίσης από τις τεχνικές της Γ.Σ.Θ., όπως και στους ενήλικες ίσως με μερικές τροποποιήσεις. Δίνεται έμφαση στον τομέα της συμπεριφοράς, κάνοντας και εδώ τη χρήση της Ε.Π.Α. (Shafran, 1998). Τα παιδιά μαθαίνουν με τη συγκεκριμένη τεχνική να αντιμετωπίζουν τους φόβους τους (Εκθεση) και να μην ενδίδουν στους ψυχαναγκασμούς (Παρεμπόδιση). Διαπιστώνουν σταδιακά ότι η εξοικείωση με τους φόβους τους είναι και το κλειδί για τον έλεγχο του εαυτού τους (ocfoundation.org, 2013. Shafran, 1998. Rapoport et al., 1992).

Στην επιτυχή αντιμετώπιση της παιδικής ΙΨΔ, συμβάλει ουσιαστικά η παρουσία και η συμμετοχή της οικογένειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ο ρόλος της είναι καθοριστικός και αυτό το αποδεικνύουν τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών όπως των Barrett et al, (2005). Η Barrett (2005) μαζί με τους συνεργάτες της προχώρησε στη μελέτη της παιδικής ΙΨΔ. Στην έρευνα συμμετείχαν 48 άτομα ηλικίας 8 έως 19 ετών, τα οποία είχαν λάβει είτε ατομική ή ομαδική Γ.Σ.Θ. μαζί με την

οικογένειά τους. Ύστερα από αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας (στους 12 και στους 18 μήνες παρακολούθησης), διαπίστωσαν ότι όταν υπάρχει οικογενειακή δυσλειτουργία τότε τα συμπτώματα που παρουσιάζει το παιδί με ΙΨΔ είναι πιο ισχυρά και παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Από την άλλη πλευρά η Γ.Σ.Θ. είναι εξίσου δραστική και παρέχει μακροχρόνια αποτελέσματα τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο, όταν δεν υπάρχουν επιμέρους δυσλειτουργίες (Barrett et al, 2005).

### **3.3 Η Γ.Σ.Θ. σύμμαχος στην ίαση της ΙΨΔ**

Η ΙΨΔ μπορεί να εξελιχθεί σε μία τρομακτική ασθένεια, η οποία δύναται να επηρεάσει, εκτός από τον πάσχοντα, την οικογένειά του, τους φίλους και το ευρύτερο οικείο του περιβάλλον. Ωστόσο, είναι σημαντικό το γεγονός ότι η ΙΨΔ παρά το χρόνιο χαρακτήρα που μπορεί να εμφανίσει, δύναται εξίσου και να αντιμετωπιστεί με επιτυχία (Beck et al., 2004).

Ουσιαστική είναι η υποστήριξη των οικείων, στο άτομο που πάσχει από την εν λόγω διαταραχή, μαζί με ένα κατάλληλα οργανωμένο πλαίσιο στρατηγικών σχεδιασμών αντιμετώπισης της ΙΨΔ, που θα οδηγεί στη σταδιακή βελτίωση των συμπτωμάτων. Η άγνοια και η έλλειψη υποστήριξης μπορούν να ενισχύσουν την εμφάνιση των ψυχαναγκασμών και των εμμονικών συμπεριφορών του ατόμου με ΙΨΔ, ενώ στην αντίθετη περίπτωση η συνεχής πληροφόρηση μπορεί να δώσει πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη στο άτομο με ΙΨΔ.

Η χρήση της Γ.Σ.Θ. έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να εξαλείψει την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Τόσο σε παλαιότερες έρευνες όσο και σε πιο σύγχρονες είναι φανερό ότι η τεχνική της Ε.Π.Α λειτουργεί ως μέσο εξάλειψης των συμπτωμάτων της ΙΨΔ. Λόγου χάρη, η Shafran (Graham, 1998) αναφέρει ότι σε μετα-ανάλυση που έγινε σε 32 έρευνες (μέχρι το 1995) που αφορούσαν στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ σε παιδιά, υπήρξε επιτυχής χρήση της Ε.Π.Α. τουλάχιστον στις 26 από αυτές.

Ομοίως και σε πιο σύγχρονες έρευνες (Anand et al., 2011) η χρήση της Γ.Σ.Θ ήρθε να συμπληρώσει τα κενά της φαρμακευτικής αγωγής. Συγκεκριμένα, σε 31 άτομα με ΙΨΔ, αρχικά μετά από διάστημα 3 μηνών, όπου περιλάμβανε 20-25 συνεδρίες, τα συμπτώματα της διαταραχής άρχισαν να υποχωρούν και τα άτομα

παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση σε σχέση με το προηγούμενο διάστημα, όπου τους είχε χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή με ανεπιτυχή αποτελέσματα.

### **3.4 Αλλαγές στην ποιότητα ζωής μέσα από την Γ.Σ.Θ.**

Η ΙΨΔ μπορεί να επηρεάσει τη ζωή του ασθενούς σε μεγάλο βαθμό και να μετατρέψει την καθημερινότητα σε ένα δύσκολο και αγχωτικό αγώνα με τις ιδεοληψίες, τις εμμονές και τους ψυχαναγκασμούς. Η συνεχής προσπάθεια του ατόμου να ακολουθήσει τις τελετουργικές πράξεις που του επιβάλλει η ΙΨΔ, στην ουσία το εμποδίζει από το να λειτουργήσει ικανοποιητικά στην εργασία του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις ή ακόμη και στο σπίτι του με την οικογένειά του (ocduk.org, 2013).

Η συμβολή της Γ.Σ.Θ. και κυρίως της τεχνικής Ε.Π.Α. συμβάλλει καθοριστικά στη διαχείριση και στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ. Μέχρι στιγμής παρουσιάστηκε η αποτελεσματικότητα που έχει η Γ.Σ.Θ. στη μείωση των συμπτωμάτων, θεωρείται ωστόσο εξίσου σημαντικό να αναφερθεί και ο ρόλος της στην ποιότητα ζωής. Έρευνες που εστίασαν στο συγκεκριμένο θέμα χρησιμοποίησαν ως εργαλείο κατανόησης το QoL: Quality of Life, το οποίο παρά τα ενίοτε κενά που μπορεί να έχει είναι σε θέση να αξιολογήσει ικανοποιητικά την κατάσταση του ασθενούς σε σχέση με την ποιότητα ζωής του, αποτελώντας ένα σημαντικό συμπλήρωμα της κλινικής του εικόνας (Moritz et al., 2005).

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής δύναται να φανεί ιδιαίτερα διδακτική και να ενισχύσει τις υπάρχουσες αξιολογήσεις για την πορεία του ασθενούς. Όπως προαναφέρθηκε λειτουργεί συμπληρωματικά και δεν έρχεται σε αντίθεση με την κλινική έρευνα αλλά φέρνει στην επιφάνεια τόσο τις πληροφορίες που είναι σημαντικές για την κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς όσο και τον καθορισμό της βέλτιστης θεραπείας, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν πολλαπλά προβλήματα (Moritz et al., 2005).

Έρευνες όπως των Moritz et al., (2005) και των Diefenbach et al., (2007), έχουν μελετήσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με ΙΨΔ. Τα στοιχεία που συνέλεξαν δείχνουν ότι αρκετές πτυχές της ζωής τους επηρεάζονται, κυρίως οι κοινωνικές, η λειτουργικότητά τους στον εργασιακό τομέα όπως και η ψυχική τους υγεία κυρίως σε ασθενείς σε οξεία ΙΨΔ. Από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι η φυσική ποιότητα ζωής δεν επηρεάζεται τόσο. Αν και θα πρέπει να ληφθεί

υπόψη ότι πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν και αυτό το τμήμα, μιας και ένα άτομο που έχει εμμονή με την καθαριότητα μπορεί να αποκτήσει δερματολογικά προβλήματα ή ακόμη να εξαντληθεί σωματικά από τους επαναλαμβανόμενες πράξεις καθαρισμού (Moritz et al., 2005).

Οι Diefenbach et al., (2007), μελέτησαν την ποιότητα ζωής σε 70 ενήλικα άτομα, στα οποία είχε διαγνωστεί ΙΨΔ και ακολούθησαν τη Γ.Σ.Θ.. Με τη χρήση τριών κλιμάκων: την SDS (χρησιμοποιείται ευρέως στη μέτρηση της ποιότητας ζωής, σε αγχώδεις διαταραχές), την Y-BOCS (αποτελείται από 10 σημεία και είναι μία ημι-δομημένη κλίμακα που αφορά στις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς) και τέλος την BDI-II (είναι μία κλίμακα αυτο-αναφοράς που μετρά τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων) παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με ΙΨΔ παρουσιάζουν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής μετά από τη Γ.Σ.Θ (Diefenbach et al., 2007).

Οι σημαντικότερες βελτιώσεις αφορούσαν στη λειτουργία της οικογένειας, στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Το 40% των συμμετεχόντων σημείωσε κλινικά σημαντική βελτίωση της QoL ενώ ο μέσος όρος των ερωτηθέντων μετά τη θεραπεία αντιμετώπιζε ήπια προβλήματα λειτουργικότητας. Η θέση ότι η Γ.Σ.Θ περιορίζει σημαντικά τις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς συνάδει με τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας (Diefenbach et al., 2007). Αν και η μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι ένα πολυδιάστατο ζήτημα, οι ερευνητές ανέδειξαν τη θέση της Γ.Σ.Θ. στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ, παρόλα αυτά πρέπει να τονιστεί ότι τα αποτελέσματα αφορούσαν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο μελέτης. Λόγου χάρη το μοναδικό δημογραφικό ή κλινικό χαρακτηριστικό που διαχώριζε σε υποομάδες τους ασθενείς ήταν ο βαθμός λειτουργικότητας της οικογένειας. Έτσι, ήταν πιθανό σε ορισμένες υποομάδες, η οικογένεια να συμμετείχε περισσότερο σε σχέση με άλλες. Από την άλλη πλευρά, η μέτρηση της ποιότητας ζωής αφορά στη λειτουργικότητα και άλλων τομέων, εκτός της οικογένειας, που θα έπρεπε να αξιολογηθούν περισσότερο.

Επίσης, είναι άξιος αναφοράς ένας ακόμη περιορισμός σχετικά με την έρευνα των Diefenbach et al., (2007). Τα συμπεράσματα που προέκυψαν σχετικά με την αιτιώδη σχέση της Γ.Σ.Θ και της ΙΨΔ, περιορίζονται σημαντικά μιας και η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν μόνο από άτομα που έχουν ακολουθήσει τη Γ.Σ.Θ. χωρίς να



περιλαμβάνει άτομα που δεν έχουν πάρει κάποια αγωγή ή ακολουθούν κάποια άλλη θεραπευτική προσέγγιση.

Η έρευνα των Moritz et al., (2005), για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΙΨΔ είχε προηγηθεί χρονικά των Diefenbach et al., (2007). Συμμετείχαν 79 ασθενείς, στους οποίους είχε διαγνωσθεί η ΙΨΔ. Από αυτούς οι 72 ακολουθούσαν τη Γ.Σ.Θ. ενώ οι υπόλοιποι 7 δεν ακολουθούσαν κάποια συγκεκριμένη παρέμβαση. Από τους ασθενείς που έλαβαν τη θεραπευτική μέθοδο της γνωσιακής - συμπεριφορικής παρέμβασης οι 36 συμμετείχαν σε ομαδικό πρόγραμμα, το οποίο διήρκησε 10 εβδομάδες. Παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις που μπορεί να είχαν τα θεραπευτικά προγράμματα, όλα βασίστηκαν στις ίδιες μεθόδους της Γ.Σ.Θ. και στην ίδια κλινική παρακολούθηση, αν και κυρίως οι νοσηλεύόμενοι, έλαβαν εκτός από την τυπική Γ.Σ.Θ. μία ή και περισσότερες από τις ακόλουθες παρεμβάσεις: εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, επίλυση προβλημάτων και αντιμετώπιση άγχους (Moritz et al., 2005).

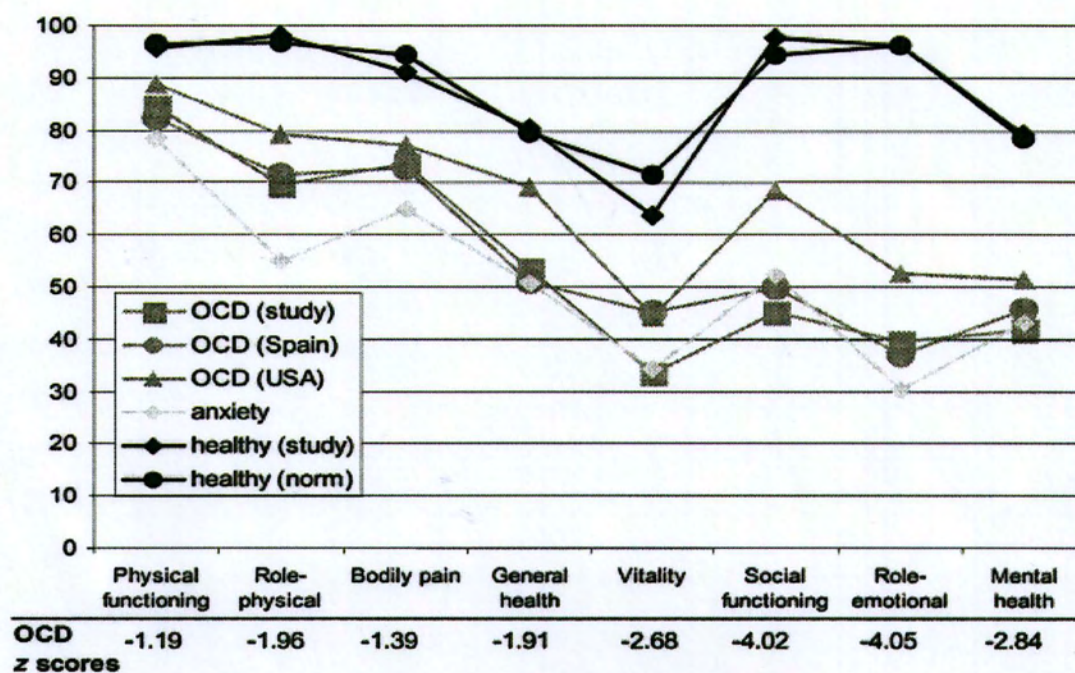
Στην εν λόγω έρευνα, η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με το SF-36, πρόκειται για ένα εργαλείο μέτρησης της QoL και μετρά 8 τομείς που αφορούν στην ποιότητα της ζωής:

1. Τη σωματική λειτουργία.
2. Περιορισμούς λόγω φυσικών προβλημάτων υγείας (role-physical).
3. Το σωματικό πόνο.
4. Τη γενική υγεία.
5. Τη ζωτικότητα.
6. Την κοινωνική λειτουργία.
7. Τους περιορισμούς ρόλων λόγω των συναισθηματικών προβλημάτων.
8. Την ψυχική υγεία..

Τα αποτελέσματα των μετρήσεων των ασθενών με ΙΨΔ συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα μίας υγιούς υποομάδας, όπως και με δεδομένα από άλλες δύο δημοσιευμένες έρευνες που είχαν ένα αμερικάνικο και ένα ισπανικό δείγμα ασθενών με ΙΨΔ (Εικόνα 3.3). Μέρος των ασθενών, κατά τη διάρκεια της μέτρησης έλαβε και

ψυχοφαρμακευτική αγωγή, όμως όλοι οι ασθενείς είχαν συμπληρώσει το SF-36, πριν από την έναρξη της θεραπείας.

**Εικόνα 3.3.** – Σύγκριση των υγιών δειγμάτων με τα δείγματα με ΙΨΔ<sup>18</sup>.



Όπως διαπιστώνεται Εικόνα 3.3, το υγιές δείγμα δεν διαφέρει σε ηλικία, φύλο ή τυπική εκπαίδευση, από το δείγμα με ΙΨΔ. Παρ' όλα αυτά, η ομάδα με ΙΨΔ παρουσίασε σημαντικά μειωμένη μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής για κάθε τομέα και στα δύο χρονικά σημεία, εκτός από την φυσική λειτουργία κατά το δεύτερο χρονικό σημείο. Επιπρόσθετα, η ομάδα με ΙΨΔ παρουσίασε χαμηλότερο σκορ στις υποκλίμακες όπως στη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία αλλά και στη φυσική ευεξία και στο σωματικό πόνο (Moritz et al., 2005).

Σύμφωνα με τους Moritz et al., (2005), η βελτίωση της QoL επηρεάζεται σημαντικά όταν ο ασθενής ακολουθεί τη θεραπεία και έτσι είναι σε θέση να έχει μία καλύτερη καθημερινότητα απαλλαγμένη από το βάρος των εμμονών και των άλλων συμπτωμάτων της ΙΨΔ. Η βελτίωση όμως φαίνεται να είναι αποτέλεσμα πολλών επιρροών και δεν αντικατοπτρίζουν μόνο τη βελτίωση των συμπτωμάτων.

Το δείγμα της εν λόγω έρευνας παρουσίασε δυσλειτουργία σε τρεις κυρίως τομείς: την ψυχική υγεία, την κοινωνική λειτουργία και τη ζωτικότητα. Επιπλέον,

<sup>18</sup>

Moritz et al., 2005.



παρατηρήθηκε ότι η χαμηλή ποιότητα ζωής μπορεί να επεκταθεί και στις κλίμακες που αφορούν στη σωματική ποιότητα ζωής. Σε αντίθεση με άλλες έρευνες, όπως και στην έρευνα των Diefenbach et al., (2007), εδώ υπήρξε υγιές δείγμα με το οποίο έγινε σύγκριση.

Και οι δύο έρευνες που παρουσιάστηκαν αντικατοπτρίζουν την εικόνα του ατόμου με ΙΨΔ. Όταν το άτομο δεν λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία, θεωρείται ότι η Γ.Σ.Θ. είναι σημαντικό εργαλείο, υπολειτουργεί σε κάθε πτυχή της ζωής του και σταδιακά δύναται να αντιμετωπίσει σοβαρούς κινδύνους τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική του υγεία (Diefenbach et al., 2007). Η Ε.Π.Α. μπορεί να θεωρηθεί ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την ΙΨΔ και το άτομο να παρουσιάσει σημαντικές βελτιώσεις των συμπτωμάτων. Όμως πρέπει να συνυπολογίζεται αν η εκάστοτε θεραπευτική προσέγγιση έχει αποτελέσματα και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η Γ.Σ.Θ. μπορεί να επεκταθεί πέρα από τη βελτίωση των συμπτωμάτων και στην ποιότητα ζωής (Moritz et al., 2005).

### **3.5 Περιορισμοί της Γ.Σ.Θ.**

Η Γνωσιακή και Συμπεριφορική προσέγγιση επέτρεψε μία καλύτερη κατανόηση των συμπτωμάτων της ΙΨΔ. Με τη χρήση μίας σειράς αποτελεσματικών τεχνικών και στρατηγικών συνέβαλε στη μείωση των συμπτωμάτων ή ακόμη και στην εξάλειψή τους, δίνοντας έτσι νέες προοπτικές στη διαχείριση της νόσου. Ωστόσο δημιουργήθηκαν αρκετά ζητήματα που αφορούσαν κυρίως στην αποτελεσματικότητα της Γ.Σ.Θ. σε όλες τις περιπτώσεις των ασθενών.

Πολλοί από τους ασθενείς δεν τηρούν τις ασκήσεις με αποτέλεσμα η θεραπεία να αποτύχει και τα συμπτώματα να παραμένουν ισχυρά. Η ύπαρξη συνοδών νοσημάτων φαίνεται να αλληλεπιδρά με την ΙΨΔ, αν και ακόμη δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό και τι εμπόδια μπορεί να φέρει στην εφαρμογή της Γ.Σ.Θ. Αυτή η κατάσταση δημιουργεί την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα για το ποια τεχνική είναι περισσότερο αποτελεσματική ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει το κάθε άτομο (Cordioli, 2008).

Είναι γεγονός ότι το γνωσιακό μοντέλο συνέβαλε σημαντικά στην κατανόηση της ΙΨΔ. Από την άλλη πλευρά όμως έχει προκαλέσει επικριτικές συζητήσεις. Λόγου

χάρη, για το πόσο η χρήση συγκεκριμένων εργαλείων του (Obsessive Beliefs Questionnaire) είναι σε θέση να βοηθήσουν στο διαχωρισμό των ασθενών με ΙΨΔ από εκείνους που πάσχουν από άλλες αγχώδεις διαταραχές. Επιπρόσθετα, το γνωστικό μοντέλο δεν εξηγεί τους λόγους για τους οποίους πολλοί άνθρωποι εκτελούν τελετουργικά, για τα οποία δεν προηγήθηκε καμία γνώση. Γι' αυτό το λόγο, όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, έγινε η προσθήκη άλλων τεχνικών ή ακόμη και η χρήση φαρμάκων. Η χρήση των φαρμάκων μπορεί να επιφέρει παρενέργειες και υποτροπές στον ασθενή. Ωστόσο, αποτελούν μία επιλογή όταν το άτομο δεν συμμορφώνεται με τις ασκήσεις της Γ.Σ.Θ. και όταν υπάρχουν συνοδά νοσήματα που απαιτούν φαρμακευτική αγωγή (Cordioli, 2008).

Σύμφωνα με τον Bonchek, (2009) η χρήση της τεχνικής της Ε.Π.Α. έχει περιορισμούς, οι οποίοι μπορούν να συνοψιστούν σε τρία βασικά σημεία:

- Έχει εκτιμηθεί ότι πολλά από τα άτομα με ΙΨΔ αρνούνται να ακολουθήσουν την Ε.Π.Α. ή εγκαταλείπουν την προσπάθεια, αποτυγχάνουν και υποτροπιάζουν σε ποσοστό που φτάνει το 50%. Έτσι μόνο το ήμισυ των ατόμων που απευθύνονται σε ειδικούς της Γ.Σ.Θ. βελτιώνονται. Λαμβάνοντας υπόψη το υψηλό ποσοστό εγκατάλειψης, κρίνεται απαραίτητη η αναζήτηση διαφορετικών μεθόδων, η ενίσχυση των κινήτρων και η βελτίωση των υφιστάμενων θεραπειών.
- Το δεύτερο σημείο στο οποίο χωλαίνει η Ε.Π.Α. και παρουσιάζει υψηλό ποσοστό εγκατάλειψης είναι ότι η συγκεκριμένη τεχνική βασίζεται στο ότι το άτομο που έρχεται για θεραπεία, έχει αντιμετωπίσει κατά πρόσωπο τους καταναγκασμούς του. Αυτό είναι κάπως οξύμωρο καθώς ο ασθενής ζήτησε βοήθεια γιατί προσπάθησε να σταματήσει, για παράδειγμα τις τελετουργικές πράξεις, ανεπιτυχώς και κατά την Ε.Π.Α. ο ειδικός θα του ζητήσει να σταματήσει τις τελετουργικές πράξεις, φέρνοντας τον αντιμέτωπο με τους φόβους του και με τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος.
- Ένα τρίτο πρόβλημα είναι ότι η τεχνική της Ε.Π.Α φαίνεται να έχει πιο επιτυχή αποτελέσματα όταν γίνεται παρουσία του θεραπευτή. Ο θεραπευτής έχει την επίβλεψη των πράξεων του ασθενούς και προλαμβάνει την αντίδρασή του. Φαίνεται επίσης ότι ενώ οι ασθενείς με ήπια συμπτώματα είναι σε θέση να απαντήσουν χωρίς την παρουσία του θεραπευτή, σε πιο σοβαρές

καταστάσεις η άμεση συμμετοχή του κρίνεται απαραίτητη. Αυτό συνεπάγεται στο ότι ο θεραπευτής δεν είναι σε θέση να ασχοληθεί με την ίαση πολλών ασθενών (Bonchek, 2009).

Η προσέγγιση της Ε.Π.Α. αντανακλά τη θεραπευτική στάση της Γ.Σ.Θ., η οποία θεωρεί ότι ο ασθενής είναι ένα ορθολογικό άτομο που μπορεί να κατανοήσει τις κατευθύνσεις του ειδικού. Αυτό είναι αλήθεια καθώς πολλοί ασθενείς είναι λογικά άτομα και ικανά πνευματικά ώστε να ακολουθήσουν τις οδηγίες του θεραπευτή, αυτό όμως που δεν μπορούν να κάνουν είναι να λειτουργούν με τέτοιους τρόπους προκειμένου να μην επηρεάζονται από τη συναισθηματική τους κατάσταση. Με άλλα λόγια, η Γ.Σ.Θ. φαίνεται να παραβλέπει το γεγονός ότι ο ασθενής αν ήταν σε θέση να διαχειριστεί την κατάστασή του δεν θα ζητούσε επαγγελματική βοήθεια και γι' αυτό θα πρέπει οι ειδικοί να διερευνήσουν διαφορετικές προσεγγίσεις της Ε.Π.Α (Bonchek, 2009).

### **3.5.1 Πώς μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική η Ε.Π.Α.;**

Για να είναι πιο αποτελεσματική η Ε.Π.Α. θα πρέπει να ενταχθεί σε μία στρατηγική συνολικής θεραπευτικής προσέγγισης. Όπως παρατηρήθηκε ανωτέρω, η συγκεκριμένη τακτική έχει αντιφατικό χαρακτήρα και όταν ο ασθενής δεν είναι ψυχολογικά έτοιμος δεν μπορεί να την αποδεχτεί και να ακολουθήσει τις οδηγίες της. Από την άλλη πλευρά εάν απλώς προστίθετο η Ε.Π.Α ως μία άλλη συμπεριφορική τεχνική, θα αποτύγχανε καθώς ο ασθενής δεν θα μπορούσε να συμμορφωθεί στις εντολές της. Η Ε.Π.Α. δεν θα είχε νόημα γι' αυτόν μιας και ενώ ήρθε στη θεραπεία με σκοπό να απαλλαγεί από την καταναγκαστική συμπεριφορά του, έχει την υποχρέωση να επαναλάβει αυτή τη συμπεριφορά ακόμη πιο έντονα (Bonchek, 2009).

Σύμφωνα με τους Bonchek, (2009) και Nardone & Salvini (2007) η θεραπευτική προσέγγιση του ειδικού θα πρέπει να μεταδίδει τρία στρατηγικά μηνύματα:

1. Ένα θετικό μη συγκρουσιακό ύφος. Αντί ο ασθενής να μάθει την ορολογία που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής, θα πρέπει ο θεραπευτής να χρησιμοποιεί το λεξιλόγιο του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι ο ειδικός αντιμετωπίζει την κατάσταση όχι τόσο ως πρόβλημα αλλά όπως ο ασθενής, ως ανάγκη. Με αυτή τη στάση, ο ασθενής δεν κρατά μία συγκρουσιακή στάση απέναντι στο θεραπευτή του. Ο θεραπευτής εστιάζει την προσοχή του περισσότερο στα



θετικά βήματα που έκανε ο ασθενής κατά τις προηγούμενες συνεδρίες και δεν ασχολείται τόσο με τα προβλήματα, όπως συμβαίνει συχνά στην παραδοσιακή ψυχοθεραπεία.

2. Η ψευδαίσθηση των εναλλακτικών. Εδώ ο ασθενής θεωρεί πως ό,τι του προσφέρει ο θεραπευτής είναι μία επιλογή. Έχει την ψευδαίσθηση ότι επιλέγει μία λύση μέσω εναλλακτικών επιλογών, οι οποίες όμως έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Με τη δυνατότητα αυτή ο ασθενής αισθάνεται άνετα με τη θεραπεία και μπορεί να δεχτεί την Ε.Π.Α. με περισσότερη θέρμη, καθώς θεωρεί ότι του κάνει καλό.
3. Ο θεραπευτής πρέπει να λέει λίγα και να αφήνει τον ασθενή να κάνει πολλά. Αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής δεν εμπλέκεται σε συζητήσεις που να εξηγούν στον ασθενή το σκοπό ή το σκεπτικό της συγκεκριμένης τεχνικής. Είναι θεραπευτικά υγιές να υπάρχει κάποιο μυστήριο στις χρησιμοποιούμενες μεθόδους, διαφορετικά οι συζητήσεις που θα γίνονται γύρω από αυτές μπορεί να εμποδίσουν την εξέλιξη της θεραπείας καθώς θα είναι πλήρως εξαρτημένες από τη στάση που θα έχει ο ασθενής. Μία τέτοια στάση θα βοηθήσει τον ειδικό να κρατήσει τον ασθενή στο σημείο που επιθυμεί αφενός με σεβασμό στην ατομικότητά του, αφετέρου με την παραδοχή ότι η ορθολογική σκέψη του ατόμου είναι υπό την επιρροή των εθισμών του.

Τα τρία αυτά συστατικά μπορούν να εφαρμοστούν στη τεχνική της Ε.Π.Α. και να συντελέσουν στην επιτυχή εφαρμογή της (Bonchek, 2009. Nardone & Salvini 2007). Παρατίθεται στο Παράρτημα ΙΙΙ μελέτη περίπτωσης, έτσι όπως αναφέρεται από τον Bonchek, (2009). Ο θεραπευτής χρησιμοποίησε, για την ίαση των συμπτωμάτων της ΙΨΔ, τις τεχνικές της Γ.Σ.Θ κάνοντας χρήση της Exposure and Response Repetition (EX/RP - Έκθεση και Επανάληψη της Απάντησης).

## 4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 4.1 Συζήτηση

Η ΙΨΔ είναι μία σοβαρή διαταραχή, η οποία πλέον δεν αποτελεί μία άγνωστη και μη αντιμετωπίσιμη ασθένεια. Μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα νεαρής ηλικίας, παιδιά και ενήλικες. Το ποσοστό εμφάνισής της φτάνει και το 1,2% του πληθυσμού και σύμφωνα με αρκετές έρευνες (Ruscio et al., 2010, abstr.), όπως και του Βρετανικού οργανισμού ΙΨΔ (ocduk.org, 2013), 12 στα 1000 άτομα πλήττονται από την εν λόγω διαταραχή. Είναι ακόμη γεγονός ότι συμπτώματα της νόσου δύναται να εμφανίσει οποιοδήποτε άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του, τα οποία μπορεί να ποικίλουν σε βαρύτητα και σε διάρκεια ίασης αγγίζοντας το 2,3% (Ruscio et al., 2010, abstr.).

Στην παρούσα μελέτη έγινε μία προσέγγιση της ΙΨΔ, με βάση τα δεδομένα που αντλήθηκαν από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από τον ορισμό, την ιστορική αναδρομή αλλά και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της διαταραχής παρουσιάστηκε η συνολική εικόνα της ΙΨΔ. Η ΙΨΔ χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δύο στοιχείων: τις ιδεοληψίες που επηρεάζουν τη σκέψη του ατόμου και τους ψυχαναγκασμούς που δημιουργούν ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Τόσο οι ιδεοληψίες όσο και οι ψυχαναγκασμοί θεωρούνται ως μη ηθελημένες σκέψεις ή πράξεις από το άτομο που υποφέρει από ΙΨΔ. Οι ιδεοληψίες οδηγούν τον πάσχοντα σε μία κατάσταση έντονου άγχους καθώς τα θέματα της καθημερινής ζωής αποκτούν μία άλλη διάσταση και αντιμετωπίζονται με έντονο άγχος, προβληματισμό καθώς και με εμμονικές πράξεις που ενώ έχουν ως σκοπό την εξουδετέρωση αυτών των εικόνων ή σκέψεων, οδηγούν το άτομο στην εντονότερη αναπαραγωγή τους.

Οι ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές οι οποίες οδηγούν το άτομο με ΙΨΔ να ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες, για να αποφύγει μία υποτιθέμενη δυσχερή κατάσταση. Σύμφωνα με τους Hyman & Pedrick (2009), μέσω των ψυχαναγκασμών το άτομο προσπαθεί να μειώσει το άγχος που του προκαλούν οι ιδεοληπτικές σκέψεις. Έτσι, το άτομο μπορεί να πλύνει πολλές φορές τα χέρια του για να εξουδετερώσει τον κίνδυνο μόλυνσης από ένα ανύπαρκτο μικρόβιο.

Τίθεται το ερώτημα αν στην εμφάνιση της διαταραχής παίζουν ρόλο τα γονίδια ή το άγχος σε συνδυασμό με κάποια πάθηση που οδηγεί στην εκδήλωση της νόσου (ocfoundation.org, 2013). Όπως εξετάστηκε και στην Εικόνα 1.3 με τη βοήθεια της PET, οι πάσχοντες από ΙΨΔ παρουσιάζουν διαφοροποιημένη εγκεφαλική δραστηριότητα από τα άτομα που δεν πάσχουν, ιδιαίτερα στο τμήμα που εμπλέκεται με την αντίληψη του φόβου και του κινδύνου (Brady, 2013).

Αν και η εμφάνιση της ΙΨΔ μπορεί να θεωρείται ως ένα παζλ άγνωστων αιτιών, σημαντικό ρόλο ενέχουν διάφοροι νευροβιολογικοί, ψυχολογικοί ή ακόμη και διάφοροι στρεσογόνοι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Επιπρόσθετα, ο νευροδιαβιβαστής σεροτονίνη λειτουργεί ως ο δίαυλος επικοινωνίας ανάμεσα στα εγκεφαλικά κύτταρα και στα μηνύματα που λαμβάνει το άτομο από τον έξω κόσμο. Τα άτομα με ΙΨΔ φαίνεται ότι δεν είναι σε θέση να ερμηνεύουν σωστά τέτοια μηνύματα.

Η ΙΨΔ είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί και να ιαθεί, παρά το γεγονός ότι μπορεί να εμφανίσει χρόνιο χαρακτήρα. Οι δύο σημαντικότεροι τρόποι αντιμετώπισης είναι οι φαρμακευτικές θεραπείες και οι ψυχοθεραπείες. Σύμφωνα με τους Anand et al., (2011) το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει ύφεση των συμπτωμάτων με τη χρήση της γνωσιακή-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, χωρίς να είναι απαραίτητη η χορήγηση φαρμάκων. Με αυτή τη θέση συμφωνεί και η παρούσα μελέτη. Είναι βεβαίως αποδεκτό ότι καμία μορφή θεραπείας δεν λειτουργεί ανταγωνιστικά με κάποια άλλη. Στόχος του θεραπευτή είναι να βρει το κλειδί της αντιμετώπισης της ΙΨΔ και αυτό μπορεί να συνάδει στο ότι πολλές φορές γίνεται συνδυαστική χρήση φαρμάκων και Γ.Σ.Θ.

Υπάρχουν μελέτες (Mallet et al, 2008), οι οποίες παρουσιάζουν ως μέθοδο αντιμετώπισης, για εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις, τη νευροχειρουργική. Παρόλα αυτά, σημαντικός αποτρεπτικός παράγοντας είναι η πιθανότητα μολύνσεων και εγκεφαλικών αιμορραγιών. Άλλες θεραπείες προσεγγίζουν την ΙΨΔ από διαφορετικό πρίσμα που δεν απαιτεί κάποια φαρμακευτική ή χειρουργική παρέμβαση, όπως είναι η ψυχαναλυτική θεραπεία, που βασίζεται στη θεωρία του Freud, η υπνοθεραπεία ή η μέθοδος Gestalt.

Η φαρμακευτική προσέγγιση στοχεύει στον νευρομεταβιβαστή σεροτονίνη, ο οποίος φαίνεται ότι δύναται να επηρεάσει σημαντικά τα συμπτώματα της νόσου

(Greeneberg et al, 2013). Η χρήση μίας σειράς φαρμάκων, γνωστά ως «αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης» διαφοροποιούν τη σεροτονίνη στα φλοιικά-θαλαμοφλοιικά δίκτυα λειτουργώντας αντι-εμμονικά (Baxter et al., 1996). Φάρμακα όπως το Anafranil συμβάλουν θετικά ως προς την αντιμετώπιση της ΙΨΔ. Όμως, έχει σημειωθεί η βελτίωση του ασθενούς που λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή να μη έχει μόνιμο χαρακτήρα. Όπως και μετά τη διακοπή του φαρμάκου, τα συμπτώματα δύναται να επανεμφανίζονται ίσως και πιο έντονα. Πολλές φορές η φαρμακευτική αγωγή οδηγεί σε παρενέργειες και σε υποτροπή της κατάστασης, γεγονός που αποτρέπει τον πάσχοντα να συνεχίσει να λαμβάνει τη θεραπεία του (Οικονόμου, 2013).

Έρευνες έχουν παρουσιάσει ότι η χρήση των εικονικών φαρμάκων, placebo, (Berlin et al, 2011· Foa et al, 2005) δύναται να επηρεάσουν θετικά το άτομο με ΙΨΔ. Αν και οι Foa et al, (2005), καταλήγουν μετά από δοκιμή τόσο των φαρμάκων όσο και του placebo, ότι φάρμακα όπως η κλομιπραμίνη υπερτερούν στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, όπως και την άποψη των επικριτών της φαρμακοθεραπείας, πως ο εγκέφαλος δύναται να διδάχτεί τους δικούς του μηχανισμούς θεραπείας και να ιαθεί χωρίς τη χρήση φαρμάκων θεωρείται ότι η Γ.Σ.Θ. αποτελεί τον πιο ενδεδειγμένο τρόπο αντιμετώπισης της ΙΨΔ.

Η Γ.Σ.Θ. οδηγεί τον πάσχοντα σε μία διαδικασία «αυτο-ίασης», χωρίς την παρέμβαση των φαρμάκων και τους κινδύνους που αυτά μπορεί να ενέχουν, όπως υποτροπές και παρενέργειες (Simpson et al, 2004). Η Γ.Σ.Θ. είναι ένα σύνολο στρατηγικών, που προέρχονται είτε από τη γνωσιακή είτε από τη συμπεριφορική θεραπεία. Ο συνδυασμός των δύο δίνει την ευχέρεια στον θεράποντα να βρει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται το άτομο με ΙΨΔ και παράλληλα να δει το πώς αυτός ο τρόπος σκέψης επηρεάζει τη ζωή του πάσχοντα (Storch et al, 2008).

Με τη χρήση διαφόρων τεχνικών ο θεραπευτής χτίζει μία σχέση εμπιστοσύνης με το άτομο με ΙΨΔ και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τους αγχογόνους παράγοντες μέσα από μία προσπάθεια παρεμπόδισης εκδήλωσης της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με τη χρήση της τεχνικής Ε.Π.Α., όπου το άτομο έρχεται σε επαφή με τον φόβο του προσπαθώντας αρχικά να εξοικειωθεί μαζί του και έπειτα να τον τροποποιήσει (Σκαπινάκης, 2013). Αυτό που είναι προαπαιτούμενο είναι να χτιστεί μία σχέση συνεργασίας και εμπιστοσύνης ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο. Είναι σημαντικό το σύνολο που θα συνθέσουν

να αποτελεί μία ισότιμη ομάδα, όπου η κάθε πλευρά θα γνωρίζει το ρόλο της. Η χρήση της Ε.Π.Α. δεν είναι αρκετή, όταν αυτή δε πραγματοποιείται σε ένα καλά οργανωμένο πλαίσιο. Ο ασθενής εκπαιδεύεται σχετικά με τη φύση της ΙΨΔ, μαθαίνει να εργάζεται πάνω σε αυτή και στη συνέχεια να εφαρμόζει τις τεχνικές που έμαθε ώστε να καταπολεμά σταδιακά τα συμπτώματα.

Η αποτελεσματικότητα της Γ.Σ.Θ. και των επιμέρους τεχνικών της φαίνεται και στη δυνατότητα χρήσης της από όλα τα άτομα που πάσχουν από ΙΨΔ. Αυτό σημαίνει ότι είναι κατάλληλη σε παιδιά και εφήβους, σε γυναίκες που εγκυμονούν ή θηλάζουν ή ακόμη και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Μάλιστα, όταν υπάρχει η δυνατότητα συχνών συνεδριών παρακολούθησης, τα αποτελέσματά της φαίνεται να έχουν διάρκεια στον χρόνο. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένοι ερευνητές όπως οι Nestadt et al., (2009, abstr.) και Geller, (2006) παρατήρησαν ότι υπάρχουν ορισμένες διαφοροποιήσεις όπως και ομοιότητες στην παιδική ΙΨΔ με εκείνη των ενηλίκων. Παρόλα αυτά, οι απόψεις συγκλίνουν στο ότι η Γ.Σ.Θ. είναι κατάλληλη μορφή θεραπείας και δίνει τη δυνατότητα στα ίδια τα παιδιά να αποκτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους και όχι η ΙΨΔ. Η χρήση της Ε.Π.Α. τα βοηθά να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους. Όταν τα άτομα με ΙΨΔ κατανοήσουν τον τρόπο λειτουργίας της έκθεσης και της παρεμπόδισης είναι σε θέση να υπομείνουν το άγχος που τους προκαλούν οι ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί και σταδιακά να ανταπεξέλθουν στις οδηγίες του θεραπευτή τους με επιτυχία (ocfoundation.org, 2013).

Από την άλλη πλευρά, δεν πρέπει να αγνοηθεί η πιθανότητα ο ασθενής να μην είναι σε θέση να δείξει άμεση ανταπόκριση στη Γ.Σ.Θ., με αποτέλεσμα το άτομο να μη μπορεί να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του θεραπευτή και να εγκαταλείπει το πρόγραμμα. Προκειμένου να μειωθεί μία τέτοια πιθανότητα, ο θεραπευτής πρέπει να διερευνήσει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου με ΙΨΔ και να βρει τον τρόπο με τον οποίο θα παρακινήσει τους ασθενείς να δεχτούν τη θεραπεία.

Η καταγραφή της εικόνας του ασθενούς και η χρήση διαφόρων ερευνητικών εργαλείων, όπως η Y-BOCS, ο OCI-R, επιτρέπουν στο θεραπευτή να αξιολογήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σημαντικές πληροφορίες μπορούν να ληφθούν εξίσου και από τη χρήση του ABC, όπου ο θεραπευτής μπορεί να μελετήσει τις υποβόσκουσες πεποιθήσεις του ασθενούς (Miltenberger, 2008.· Reid & Parsons, 2007).



Η αποτελεσματικότητα της Γ.Σ.Θ. δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στη μείωση ή την εξάλειψη των συμπτωμάτων. Οι αλλαγές πρέπει να αφορούν και σε ένα ακόμη πεδίο, αυτό της ποιότητας ζωής. Η ΙΨΔ μπορεί να επηρεάσει τη ζωή του ασθενούς σε όλους του τομείς της. Εάν τα συμπτώματά της δεν θεραπευτούν τόσο το ο πάσχων όσο και το περιβάλλον του θα βιώνει εξουθενωτικές και δύσκολες καταστάσεις (ocduk.org,2013). Αρκετές έρευνες που ασχολήθηκαν με τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής (QoL: Quality of Life), παρατήρησαν ότι επηρεάζονται αρκετές πτυχές της όπως οι κοινωνικές, η λειτουργικότητα στον εργασιακό τομέα αλλά και η ψυχική υγεία (Diefenbach et al., 2007. Moritz et al., 2005). Είναι ακόμη πιθανόν, εξαιτίας της δυσλειτουργίας που προκαλεί η διαταραχή να επηρεαστεί και η σωματική υγεία. Η Γ.Σ.Θ. και κυρίως η χρήση της Ε.Π.Α. μπορεί να λειτουργήσει θετικά και στη βελτίωση της QoL.

Μέσα από την παρουσίαση τόσο των τεχνικών της Γ.Σ.Θ όσο και άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων τέθηκε το ερώτημα εάν η Γ.Σ.Θ. είναι τελικά η καταλληλότερη μορφή θεραπείας. Αρκετοί από τους πάσχοντες αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς τους «πρόσωπο με πρόσωπο» και γι' αυτό καταφεύγουν στο θεραπευτή. Η Ε.Π.Α. μπορεί να φοβίσει τον ασθενή καθώς τον φέρνει αντιμέτωπο με όλες εκείνες τις καταστάσεις που του προκαλούν δυσφορία και άγχος. Εκ πρώτης όψεως αυτή η τακτική φαίνεται να είναι και το τροχοπέδη της Γ.Σ.Θ., ειδικά για όσους προτιμούν άλλες θεραπευτικές μεθόδους, όπως τη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, η Γ.Σ.Θ. φαίνεται να παραβλέπει το γεγονός ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί την κατάστασή του μόνος του και γι' αυτό καταφεύγει στην αναζήτηση βοήθειας σε κάποιον επαγγελματία (Bonchek, 2009).

Τα ανωτέρω σημεία θα μπορούσαν να θεωρηθούν τα μειονεκτήματα της μεθόδου. Παρ' όλα αυτά, το έργο της Γ.Σ.Θ., στην αντιμετώπιση της ΙΨΔ, έχει πρωτεύοντα ρόλο. Ο τρόπος που θα προσεγγίσει ο θεραπευτής τον ασθενή αλλά και η ορθή διαχείριση των εργαλείων που του προσφέρει η Γ.Σ.Θ. δύναται να λειτουργήσουν ως αντίλογος στους επικριτές της μεθόδου. Η Ε.Π.Α. μπορεί να είναι το εφαλτήριο μίας εποικοδομητικής επικοινωνίας του θεραπευτή με τον ασθενή. Δεν υπάρχει λόγος να χρησιμοποιηθεί ως φοβικό μέσο αλλά μέσα από ένα θετικό και μη συγκρουσιακό κλίμα να γίνει η βάση της θεραπείας της ΙΨΔ.

Τον καθοδηγητικό ρόλο πρέπει να τον έχει ο θεραπευτής. Αυτός μπορεί να διαχειριστεί τον ασθενή, δίνοντας του την ψευδαίσθηση των εναλλακτικών να τον κάνει να αισθάνεται άνετα με τη θεραπεία και να δεχτεί την Ε.Π.Α. ως μοναδικό τρόπο για να βελτιωθεί η κατάστασή του. Η θεραπεία μπορεί να ξεφύγει από τον αρχικό της σκοπό εάν ο θεραπευτής αφήσει, εξ αρχής, τα ινία στον ασθενή. Μία τέτοια στάση ανάλυσης μπορεί να σταθεί εμπόδιο και ο ασθενής αρνούμενος να προχωρήσει να παρατήσει τελικά την προσπάθειά του για ίαση (Bonchek, 2009. Nardone & Salvini 2007).

## 4.2 Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τους Beck et al., (2004) η ΙΨΔ παρά το χρόνιο χαρακτήρα που μπορεί να έχει, δύναται να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Μία από τις σημαντικότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι η Γ.Σ.Θ., η οποία επιτρέπει στον ψυχολόγο να οικοδομήσει ένα θεραπευτικό πλαίσιο, όπου το άτομο με ΙΨΔ θα έχει τα κατάλληλα εφόδια να δεχτεί τη διαταραχή και σταδιακά να καταφέρει να την αντιμετωπίσει (Ευσταθίου, 2013). Επιπλέον, αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι για να έχει επιτυχές αποτέλεσμα η εφαρμογή της Γ.Σ.Θ., θα πρέπει ο θεραπευόμενος να αισθάνεται εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του ειδικού. Αν ο ειδικός προσπαθήσει να τροποποιήσει πρόωρα τις εμμονές του ατόμου με ΙΨΔ είναι πιθανόν οι παρεμβάσεις του να καταλήξουν σε αποτυχία (Beck, 1976).

Διαπιστώνεται ότι η ευθύνη του ειδικού είναι μεγάλη και κρίσιμη για την περαιτέρω έκβαση της θεραπείας. Παρά τα κοινά χαρακτηριστικά που εμφανίζει η διαταραχή κάθε άτομο είναι ξεχωριστό και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή περίπτωση (Beck et al., 1979). Το θεραπευόμενο άτομο βρίσκεται σε μία δυσχερή θέση λόγω της διαταραχής και παρουσιάζει προβλήματα. Αυτή η κατάσταση δεν πρέπει να θεωρηθεί εμπόδιο αντίθετα μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο για την καλύτερη κατανόηση της ΙΨΔ και να αντιμετωπιστεί με επιτυχία.

Παράλληλα, το ίδιο το άτομο με ΙΨΔ πρέπει, με τη βοήθεια των ειδικών, να εντοπίσει τις μη ρεαλιστικές σκέψεις και σταδιακά να τις αντικαταστήσει με έγκυρες. Σταδιακά και με την κατάλληλη προετοιμασία το θεραπευόμενο άτομο θα είναι σε θέση να διαχειριστεί και να εφαρμόζει όσα έχει μάθει κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δεν είναι εφικτό να θεραπευτούν κατά τη

διάρκεια της θεραπείας όλα τα προβλήματα του ασθενούς. Αυτό που είναι εφικτό να συμβεί είναι το άτομο να μάθει νέους τρόπου επίλυσης προβλημάτων και ανάλογα την περίπτωση το άτομο να χρησιμοποιεί τις τεχνικές που έμαθε κατά τη διάρκεια των συνεδριών με τον ειδικό θεραπευτή(Beck et al., 1979).

Επίσης, τόσο το άτομο που παρουσιάζει τη διαταραχή όσο και το κοντινό του περιβάλλον πρέπει να γνωρίζει ότι η Γ.Σ.Θ. δεν μπορεί να προβλέψει την πιθανότητα μελλοντικής επανεμφάνισης της νόσου. Εξάλλου, δεν είναι αυτός ο στόχος της θεραπείας. Όπως παρουσιάστηκε σε αυτή τη μελέτη, ο σκοπός της Γ.Σ.Θ. είναι να εκπαιδεύσει το άτομο με ΙΨΔ και να το έχει εφοδιάσει με τις κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να έχει μία ζωή που θα τη ρυθμίζει το ίδιο και όχι η διαταραχή του.

Σημαντικό ρόλο έχει η οικογένεια του ατόμου με ΙΨΔ. Είναι λογικό ότι η οικογένεια επηρεάζεται από τις απαιτήσεις που εμφανίζει η ΙΨΔ. Σύμφωνα με τον Διεθνή οργανισμό ΙΨΔ (ocfoundation.org, 2013), ο τρόπος με τον οποίο θα διαχειριστεί η οικογένεια τη διαταραχή μπορεί είτε να ενισχύσει τα συμπτώματα ή να ενδυναμώσει το άτομο και να το βοηθήσει ως προς την καλύτερη διαχείρισή της. Η Livingston Van Noppen (ocfoundation.org, 2013) προτείνει ότι η επιμόρφωση και η στήριξη είναι απαραίτητη και για την οικογένεια του ατόμου με ΙΨΔ, διαφορετικά η άγνοια δύναται να υποβοηθά την παρουσία και την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Οι συντονισμένες προσπάθειες από την οικογένεια, τους ειδικούς και φυσικά το ίδιο το άτομο με ΙΨΔ μπορεί να επιφέρει το θεμιτό αποτέλεσμα.

Ο πάσχων πρέπει να βρίσκει μηχανισμούς για να εκφράσει ότι νιώθει εξαιτίας της διαταραχής. Για αρκετά άτομα η δημιουργική έκφραση αποτελεί μία διέξοδο. Τους επιτρέπει να εκφράσουν τα συναισθήματά τους αλλά και πως η ΙΨΔ επηρεάζει την καθημερινότητά τους. Έτσι, ένα ποίημα μπορεί να καθρεφτίσει την κατάσταση του ασθενούς, τόσο στον θεραπευτή όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον του, δημιουργώντας μία γέφυρα που μπορεί να λειτουργήσει ως αφετηρία για την αντιμετώπιση της νόσου (Παράρτημα II), (ocduk.org, 2013).

Εν κατακλείδι, θεωρείται ότι η αντιμετώπιση της νόσου απαιτεί σωστή διαχείριση. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η χρήση των φαρμάκων είναι αναπόφευκτη, σε περιπτώσεις όπου κάποια άλλη μέθοδος φαίνεται να μην επαρκεί (Foa et al., 2005). Η χρήση της κλομιπραμίνης και άλλων φαρμάκων SSRIs, βοήθησαν αρκετούς ασθενείς, οι οποίοι παρουσίασαν βελτίωση της κλινικής τους

εικόνας (Greenberg, 2013). Αν και δεν δύναται να παραβλεφθούν οι παρενέργειες των φαρμάκων πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι ο συνδυασμός τους με τη Γ.Σ.Θ. μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα της νόσου (Apostolova et al, 2010). Όπως και ότι η χρήση της Γ.Σ.Θ. συμπληρώνει τα κενά της φαρμακευτικής αγωγής (Albert et al., 2012. Anand et al., 2011). Θεωρείται ότι η Γ.Σ.Θ. και συγκεκριμένα η τεχνική της Ε.Π.Α. μπορεί να δράσει ουσιαστικά στη διαχείριση της ΙΨΔ καθώς η πλειοψηφία των ασθενών έδειξε μεγαλύτερη ανταπόκριση και βελτίωση, συγκριτικά με τη φαρμακευτική θεραπεία (Houghton et al., 2010). Η ΙΨΔ είναι μία νόσος που μπορεί να επηρεάσει όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. Ο στόχος των θεραπειών δεν πρέπει να περιοριστεί μόνο στη βελτίωση των συμπτωμάτων αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς. Η ποιότητα της ζωής μπορεί να θεωρηθεί αλληλένδετη έννοια με τη βελτίωση ή ακόμη και με την εξάλειψη των συμπτωμάτων. Η ΙΨΔ μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική λειτουργία του ατόμου, την ψυχική υγεία, τη σωματική και γενικότερα να προκαλέσει πολλούς περιορισμούς εξαιτίας των συναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργεί. Η ποιότητα της ζωής επομένως είναι μία ακόμη σημαντική παράμετρος που δεν δύναται να παραβλεφθεί. Η Γ.Σ.Θ. μπορεί να επιφέρει ακόμη πιο επιτυχή αποτελέσματα όταν ο ασθενής ακολουθεί τη θεραπεία όντας απαλλαγμένος από το βάρος των συμπτωμάτων, αφού έχει καταφέρει να χτίσει μία καλύτερη ποιότητα ζωής Moritz et al., (2005).

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι η συνδυαστική χρήση θεραπειών δύναται να επιφέρει ακόμη καλύτερα και πιο μόνιμα αποτελέσματα, η τελική όμως έκβαση εξαρτάται από τη θετική στάση του ασθενούς απέναντι στη θεραπεία αλλά και στη διαχείριση της διαταραχής.

#### **4.3 Περιορισμοί της έρευνας**

Στην παρούσα έρευνα υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί. Η συνολική εκτίμηση και παρουσίαση της ΙΨΔ όπως και των διαφόρων θεραπειών βασίστηκε στην ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Αν και η αποτελεσματικότητα της Γ.Σ.Θ. είναι αποδεδειγμένη, όπως παρουσιάστηκε και από τη συγκριτική παρουσίαση ορισμένων ερευνών παρουσιάζονται ορισμένοι πρακτικοί περιορισμοί.

1. Τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν αφορούσαν σε μία γενική και περιγραφική εικόνα της διαταραχής.

2. Η έρευνα περιορίστηκε στις εμπειρικές αναφορές της αρθρογραφίας που χρησιμοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.
3. Στα δείγματα αναφοράς πρέπει να ληφθεί υπόψη η ετερογένεια αλλά και οι διαφορετικές προσεγγίσεις που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές. Παρουσιάστηκαν αποτελέσματα που βασίστηκαν σε ποικίλα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως και σε ασθενείς διαφορετικής σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ΙΨΔ.

#### **4.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Μία μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να λάβει υπόψη τους ανωτέρω περιορισμούς και να προχωρήσει σε περαιτέρω διερεύνηση, η οποία θα περιλαμβάνει, εκτός από το θεωρητικό τμήμα, τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από μία εμπειρική μελέτη.

Η επιβεβαίωση της άποψης ότι η Γ.Σ.Θ. αποτελεί μία από τις αποτελεσματικότερες μεθόδους αντιμετώπισης θα μπορούσε να γίνει είτε με τη μελέτη περίπτωσης ειδικών κατηγοριών, όπως τα παιδιά και οι έφηβοι ή με τη μελέτη της ελληνικής πραγματικότητας στο θέμα της ΙΨΔ.

Επιπρόσθετα, θα ήταν αξιόλογο να ερευνηθεί η εικόνα των συμπτωμάτων και της θεραπείας της νόσου μέσα από τη συνέντευξη ατόμων που παρουσιάζουν ΙΨΔ και βρίσκονται στη διαδικασία θεραπείας με τη βοήθεια των φαρμάκων ή της Γ.Σ.Θ. Η στάση τους απέναντι στις στρατηγικές που ακολουθεί ο θεραπευτής τους όπως και ο ρόλος του οικογενειακού τους περιβάλλοντος παρουσιάζει ενδιαφέρον για το αν συνάδει απόλυτα με όσα παρουσιάστηκαν στην παρούσα μελέτη.

Θα ήταν εξίσου ενδιαφέρον να μελετηθεί η ΙΨΔ σε συνάρτηση με τον παράγοντα QoL, γιατί όπως διαπιστώθηκε ανωτέρω οι περισσότερες έρευνες ασχολήθηκαν με τη βελτίωση των συμπτωμάτων και όχι τόσο με το θέμα της ποιότητας της ζωής. Είναι σημαντικό να μελετηθεί η εφαρμογή της τεχνικής της Ε.Π.Α. και σε αυτό το πεδίο, κάνοντας τη χρήση των επιμέρους στρατηγικών, ιδιαίτερα σε ασθενείς που αρχικά είχαν απορρίψει τη Γ.Σ.Θ., εξαιτίας της άμεσης εφαρμογής της Ε.Π.Α. Με τη βοήθεια των στρατηγικών μηνυμάτων που προτείνουν οι Bonchek, (2009) και Nardone & Salvini (2007), θα μπορούσε να διαπιστωθεί αν



αλλάζει η στάση των ασθενών απέναντι στη Γ.Σ.Θ και αν τελικά υπάρχει βελτίωση της ΙΨΔ.

Επιπλέον μελέτη μπορεί να επικεντρωθεί στο κατά πόσο οι ασθενείς που παρουσίασαν βελτίωση με τη βοήθεια του θεραπευτή είναι σε θέση να εφαρμόσουν τις τεχνικές μόνοι τους, στο σπίτι τους με τη συμβολή ή μη του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Τέλος, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε σε μία μελλοντική έρευνα αν η οικονομική ύφεση που αντιμετωπίζει η Ελλάδα την τελευταία τριετία, έχει επηρεάσει τους πάσχοντες με ΙΨΔ. Ερωτήματα όπως:

1. επανεμφανίστηκαν τα συμπτώματα της διαταραχής σε άτομα με ΙΨΔ ή
2. αυξήθηκαν τα ποσοστά της νόσου και αν ναι, πως μπορεί να λειτουργήσει η Γ.Σ.Θ. ως προς την αντιμετώπιση τους,
3. ποιες κοινωνικές ομάδες επηρεάστηκαν περισσότερο,
4. Οι εργασιακές συνθήκες ενισχύουν την ΙΨΔ και αν ο πάσχων με τη χρήση της Ε.Π.Α. μπορεί να είναι λειτουργικός σε ένα τέτοιο απαιτητικό περιβάλλον,

θεωρούμε ότι είναι άξια προσοχής και επανεξέτασης.

## Βιβλιογραφία

1. Αργύρης Β.Καραπέτσας (1998),Νευροψυχολογία του αναπτυσσόμενου Ανθρώπου
2. Αργύρης Β.Καραπέτσας (2011),Σύγχρονα θέματα Νευροψυχολογίας , Πρώιμη αντίχρευση Αξιολόγησης και Παρέμβαση ,
3. Beck, A., T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
4. Beck, A., T., Rush, J., A., Shaw, B., F. & Emery, G. (1979). *Cognitive: Therapy of depression*. USA: Guilford Press.
5. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
6. Beck, A., T., Freeman, A., Davis, D., D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
7. Calamari, J. E., Chik, H. M., Pontarelli, N. K., Dejong, B. L. (2012). Phenomenology and Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. In G. Steketee (Ed.), *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders* (pp.11-47). New York: Oxford University Press.
8. Freud, S.,(2008). *Three Case Histories*. New York: Touchstone; Reprint edition.
9. Fuller, R. A. (2008). *Psychology and Religion*. United Kingdom: Rowman & Littlefield Publishers.
10. Hyman, M., Pedrick, C. (2009). *Obsessive-Compulsive Disorder*. U.S.A: Lerner Publishing Group.
11. Miltenberger, R.G. (2008). *Behavior Modification: Principles and Procedure, 4th edition*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

12. Nardone, G. & Salvini, A. (2007). *The strategic dialogue. Rendering the diagnostic interview a real therapeutic intervention*. London: Karnac Books, Ltd.
13. O' Neill, J. (1996). *Freud and the passions*. USA: Pennsylvania State University Press.
14. Persons, J. B. (1989). *Cognitive Therapy in practice: A case formulation approach*. New York: W. W. Norton & Company.
15. Reid, D.H. & Parsons, M.B. (2007). *Positive Behavior Support Training Curriculum*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
16. Salkovskis, P.,M., & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovski, J. Kirk, and D. M. Clark (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
17. Shafran, R. (1998). Childhood obsessive compulsive disorder. In P. Graham (Ed.), *Cognitive behaviour therapy for children and families* (pp. 45-67). UK: Cambridge University Press.
18. Stein, J., D. & Stone, H. M. (1997). *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*. In Stone, H., M. (ed.) *The History of Obsessive-Compulsive Disorder from the Early Period to the Turn of the Twentieth Century*. U.S.A: New York University.
19. Steketee, G. (2012). The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders. In Calamary, E.J., Chick, M.H., Pontanelli, K.N., & Dejong, L.B. (Eds), *Phenomenology and Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder* (pp. 11-48). New York: Oxford University Press.

#### **Περιοδική έκδοση**

20. Abramowitz, J.S., Tolin, D. F. & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21 (5), 683-703.

21. Abramowitz, J.S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, Volume 374, Issue 9688, 491 – 499. doi:10.1016/S0140-6736(09)60240-3 [Database: The lancet] (26/6/2013)
22. Albert, U., Aguglia, A., Bogetto, F., Cieri, L., Daniele, M., Maina, G., Necci R., Parena, A., Salvati, L., & Tundo, A. (2012). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy. Addition to Pharmacotherapy in Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: A Multicenter Study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 81, 383–385. [Database:University of Groningen].
23. Anand, N., Sudhir, M.P., Math, B., S., Thennarasu, K., & Janardhan Reddy, Y.C., (2011). Cognitive behavior therapy in medication non-responders with obsessive–compulsive disorder: A prospective 1-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders* 25, 939– 945.[Database: University of Groningen].
24. Apostolova, I., Blockb, S., Buchertb, R., Osenc, B., Conradic, M., Tabrizianc, S., Gensichenc, S., Schröder-Hartwigc, K., Frickec, S., Ruferc, M., Weissc, A., Handc, I., Clausenb, M., & Obrock, J. (2010). Effects of behavioral therapy or pharmacotherapy on brain glucose metabolism in subjects with obsessive–compulsive disorder as assessed by brain FDG PET. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 184(2), 105–116. [Database:PubMed].
25. [Barrett](#), P., [Farrell](#), L., [Dadds](#), M., & [Boulter](#), N. (2005). Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: Long-Term Follow-up and Predictors of Outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, [Volume 44, Issue 10](#), 1005-1014. [Database: Scopus]
26. Baxter L.,R., Jr, Saxena S., Brody A.,L, Ackermann R.,F., Colgan M., Schwartz J.,M., Allen-Martinez Z., Fuster J.,M, Phelps M.,E.,(1996). Brain Mediation of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Evidence From Functional Brain Imaging Studies in the Human and Nonhuman Primate. 32-47 [Database:PubMed].
27. Beck, A., T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
28. Berlin, H.,A., Koran, L.,M., Jenike, M.,A., Shapira, N.,A., Chaplin, W., Pallanti. S., & Hollander, E. (2011). Double-blind, placebo-controlled trial of



- topiramate augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 72(5), 716-21. [Database Medline].
29. Bonchek, A., (2009). What's Broken with Cognitive Behavior Therapy Treatment of Obsessive Compulsive Disorder and How to Fix It. *American Journal Of Psychotherapy Vol. 63, No. 1*, 69-86.
  30. Braga, D., T., Manfro, G., G., Niederauer, K., & Cordioli, A., V. (2010). Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Revista Brasileira de Psiquiatria vol 32, n° 2*, 164-168.
  31. Diefenbach, J. G., Abramowitz, S., J., Norberg, M., M. & Tolin, F., D., (2007). Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Volume 45, Issue 12, Behaviour Research and Therapy*, 3060–3068. [Database: ScienceDirect].
  32. Eddy K., T., Dutra L., Bradley R. & Westen D., (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.*, (8), 1011-30. [Database: PubMed].
  33. Foa E., B. & Goldstein A., J., (1978). Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*. 9:821–829. [Database: Science Direct]
  34. Foa, B. E., Liebowitz, R.M., Kozak, J.M., Davies, S., M., Campeas, R., Franklin, E. M., Huppert, D. J., Kjernisted, K., Rowan, V., Andrew, B., Schmidt, B.A., Simpson, B., & Xin, Tu. (2005). Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder., *American journal of Psychiatry*, 162, 151-161. [Database: PubMed]
  35. Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. [Psychiatr Clin North Am.](#)(2), 353-70. [Database: PubMed]
  36. Gilbert A., R., Moore G., J., Keshavan M., S., Paulson L., A., Narula V., Mac Master F., P., Stewart C., M., Rosenberg D., R., (2000). Decrease in thalamic



volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. 449-56.

37. Hesse, S., Müller, U., Lincke, T., Barthel, H., Villmann, T., Angermeyer, M.C., Sabri, O., Stengler-Wenzke, K.(2005). Serotonin and dopamine transporter imaging in patients with obsessive-compulsive disorder, *Psychiatry Res* 140(1):63-72
38. Hawton K., Salkovskis P.,M., Kirk J. & Clark D.,M.,(1989). Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University Press.
39. Houghton, S., Saxon, D., Bradburn,M., Ricketts, T., & Hardy,G. (2010). The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: *A benchmarking study British Journal of Clinical Psychology* 49, 473-489. [Database: University of Groningen].
40. Johnson G., M.& Hallenbeck C.,E., (1985). A case of obsessional fears treated by brief hypno-imagery intervention. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 27:232-236
41. Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., Burnam, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*.45(12), 1094-9. [Database:Medline].
42. Koran, L., M., McElroy, Susan L., Davidson, J., R.,T.,Rasmussen, Steven A., Hollander, E, Jenike, M., A., (1996). Fluvoxamine Versus Clomipramine for Obsessive-Compulsive Disorder: A Double-Blind Comparison. *Clin Psychopharmacol* 16:121-129.
43. Mallet, L., Polosan, M., Jaafari, N., Baup, N., Welter, M.L., Fontaine, D., et al.(2008). Subthalamic nucleus stimulation in severe obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med.*, 359(20), 2121-34. [Database:Medline].
44. McKay, D., Abramowitz, J.S., Taylor, S. (Eds.) (2010). Obsessive-compulsive disorder. Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success., (pp. 89-109). *American Psychological Association*, xxiii, 432 pp. Washington, DC, US: doi: [10.1037/12070-005](https://doi.org/10.1037/12070-005) Database: PsycBOOKS.

45. Meyer, V., Levy, R., Schnurer, A., & Beech, H., R. (Ed). (1974). The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders. *Obsessional states, Oxford, England: Methuen & Co*, viii, 352 pp. (Database: PsycINFO).
46. Moloney, P., & Kelly, P. (2004). Beck never lived in Birmingham: Why CBT may be a less useful treatment for psychological distress than is often supposed. *Clinical Psychology, Issue 34*, 4-10. (Downloaded: University of Groningen).
47. Morphy, R.,( 1980). An inner view of obsessional neurosis. *Gestalt Journal*. 3:120–136.
48. Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L.& Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Volume 46, Issue 6, Comprehensive Psychiatry*. 453–459 [Database: ScienceDirect].
49. Mowrer, O. H. (1947). On the dual of nature of learning- a re-interpretation of “conditioning” and “problem solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148
50. [Nestadt, G.](#), [Di, C.Z.](#), [Riddle, M.A.](#), [Grados, M.A.](#), [Greenberg, B.D.](#), [Fyer, A.J.](#), [McCracken, J.T.](#), [Rauch, S.L.](#), [Murphy, D.L.](#), [Rasmussen, S.A.](#), [Cullen, B.](#), [Pinto, A.](#), [Knowles, J.A.](#), [Piacentini, J.](#), [Pauls, D.L.](#), [Bienvenu, O.J.](#), [Wang, Y.](#), [Liang, K.Y.](#), [Samuels, J.F.](#), [Roche, K.B.](#) (2009). Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychol Med*, (9), 1491 - 501[Database:PubMed].
51. Olfield, B.,V., Salkovskis, M.,P., & Taylor, T. (2011). Time-intensive cognitive behaviour therapy forobsessive-compulsive disorder: A case series andmatched comparison group. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 7–18. (Downloaded: University of Groningen).
52. Parfitt, A.,(1999) Notes on some technical problems in a case of obsessional neurosis. *Journal of Child Psychotherapy*. 25:115–139.
53. Rachman S, Hodgson R, Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis, *Behaviour Research and Therapy*9 237-47,1971[ Database:Sciencedirect]



54. Rapoport, J., L., Swedo, S., E., Leonard, H., L. (1992). Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, Vol 53(4, Suppl)*, 11-16. [Database:PsycINFO]
55. Rosa-Alcázara, I.,A., Sánchez-Mecab,J., Gómez-Conesac,A., Marín-Martínezb.,F.,(2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*28, 1310-1325. [Database:ResearchGate].
56. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu W, T., Kessler, R, C. (2010). The epidemiology of obsessive – compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med, (1)*, 53-63. [Database:PubMed].
57. Salkovskis, P.,M., (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy, 25*, 571-583.
58. Salzman L., Thaler F.,H.,(1981) Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. 286-96. Database:PubMed
59. Simpson, H. B., Liebowitz, M.R., Foa, E.B., Kozak, M.J., Schmidt, A.B., Rowan, V., Petkova, E., Kjernisted, K., Huppert, J.D., Franklin, M.E., Davies, S.O., & Campeas, R. (2004). Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety, 19(4)*, 225-33. [Database:PubMed]
60. Simpson H., B., Wetterneck C.,T., Cahill S.,P., Steinglass J.,E., Franklin M.,E., Leonard RC, et al(2013). Treatment of obsessive-compulsive disorder complicated by comorbid eating disorders. *Cognitive Behavioral Therapy*.42(1):64-76. [Database: Medline]
61. Storch, A.,E, Merlo, J.,L., Lehmkuhl, H., Geffken, R.,G., Jacob, M., Ricketts,E, Murphy, K.,T., & Goodman,K.,W.(2008). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsivedisorder: A non-randomized comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of Anxiety Disorders 22*, 1146–1158. [Downloaded: University of Groningen].

#### Διαδικτυακές Αναφορές

62. Brady, C. (2013). *Cognitive Behavioral Treatment for OCD: Helping clients face and shrink their fears*. Διαθέσιμο στο στον δικτυακό τόπο: [http://www.nami.org/Content/Microsites343/NAMI\\_Hamilton\\_County/Home\\_340/Library9/Cognitive\\_Treatment\\_for\\_OCD\\_Dr.\\_Charles\\_Brady\\_PhD\\_AB\\_P\\_01.23.2012.pdf](http://www.nami.org/Content/Microsites343/NAMI_Hamilton_County/Home_340/Library9/Cognitive_Treatment_for_OCD_Dr._Charles_Brady_PhD_AB_P_01.23.2012.pdf). Όπως ανοίχτηκε την 22/6/2013
63. Cordioli, V., A., (2008). Cognitive-behavioral therapy in obsessive compulsive disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 30 (Suppl II): S65-72. Διαθέσιμο στο [http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/en\\_a03v30s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/en_a03v30s2.pdf) Όπως ανοίχτηκε την (17/7/2013).
64. Ευσταθίου, Γ. (2013). *Μέθοδοι και τεχνικές στη γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία ενηλίκων*. Διαθέσιμο στο [http://www.xn--kxadln0buhgg.gr/files/methodoi\\_texnikes.pdf](http://www.xn--kxadln0buhgg.gr/files/methodoi_texnikes.pdf). Όπως ανοίχτηκε την 21/6/2013
65. Greenberg, M.,W. (2013). *Obsessive-Compulsive Disorder Treatment & Management*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://emedicine.medscape.com/article/1934139treatment#aw2aab6b6b1aa> Όπως ανοίχτηκε την 27/6/2013
66. Σανίδα, Σ. (2013). *Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή*. Διαθέσιμο στο στον δικτυακό τόπο: <http://www.mental-health.gr/v2/index.php/psixiki-ugeia/ideopsixanagkastiki-diataraxi.html> Όπως ανοίχτηκε την 22/6/2013
67. Σκαπινάκης, Π. (2013). *Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ)*. Διαθέσιμο στο στον δικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/psycho/ocd.htm>. Όπως ανοίχτηκε την 22/6/2013
68. A short history of OCD. (2013). Διαθέσιμο στο στον δικτυακό τόπο: <http://www.ocdhistory.net/index.html> Όπως ανοίχτηκε την 25/6/2013
69. Understanding Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) (2013) Διαθέσιμο στο στον δικτυακό τόπο: <http://www.ocduk.org/ocd> Όπως ανοίχτηκε την 25/6/2013
70. What is OCD, or Obsessive Compulsive Disorder? (2013.). Διαθέσιμο στο στον δικτυακό τόπο: <http://www.ocfoundation.org/whatisocd.aspx#Definition> Όπως ανοίχτηκε την 25/6/2013

71. Ξενιτόπουλος, Λ.,Θ.(2013). Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://www.psixologikosfaros.gr/article\\_det.asp?artid=426](http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=426) Όπως ανοίχτηκε την 28/6/2013.
72. Οικονόμου, Π. (2013). Προβλήματα & Αντιμετώπιση. Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.nophobia.gr/index.php/provlimatatherapeia/ideopsuxanagkastiki-diataraxi> Όπως ανοίχτηκε την 27/6/2013.
73. Psychotherapy. (2013). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.psyweb.com/Mdisord/MdisordADV/AdvPsych.jsp#GestaltTherapy> Όπως ανοίχτηκε την 28/6/2013.
74. Yadin, E., & Foa, E., B. (2009). Current Psychiatry v.8 n.8. How to Reduce Distress and Repetitive Behaviors in Patients with OCD: Strategies Help Increase the Effectiveness of CBT for Obsessions and Compulsions. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.questia.com> Όπως ανοίχτηκε την 27/6/2013.



## Παράρτημα

### Παράρτημα I

#### Η περίπτωση Rat Man<sup>19</sup>

Η ψυχαναλυτική θεωρία βασίζεται στη θεωρία του S. Freud (Steketee, 2012) και στο έργο του που περιλαμβάνει την περίπτωση ενός ασθενούς με το κωδικοποιημένο όνομα «Rat Man» (Freud, 2008). Το ψευδώνυμο «Rat Man» (άνθρωπος-αρουραίος) δόθηκε από τον S. Freud σε έναν ασθενή του οποίου η ιστορία δημοσιεύτηκε το 1909 με τον τίτλο *Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose* (Σημειώσεις για μία περίπτωση Ιδεοληπτικής Νεύρωσης). Το συγκεκριμένο ψευδώνυμο δόθηκε, έπειτα από την παρατήρηση ότι ο ασθενής είχε αναπτύξει μία σειρά από εμμονές και φαντασιώσεις. Οι αρουραίοι είχαν αποκτήσει μία σειρά από συμβολικές ερμηνείες και κάθε τόσο, ο ασθενής πρόσθετε καινούριες. Έτσι, οι αρουραίοι συμβόλιζαν για τον ασθενή, του οποίου το επάγγελμα ήταν στρατιωτικός, τα χρήματα, τα σεξουαλικά όργανα, διάφορες ασθένειες και κατ' επέκταση τον εαυτό του.

Η θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενούς ξεκίνησε το 1907 και διήρκησε περίπου για ένα χρόνο. Η θεραπευτική προσέγγιση φαίνεται ότι απέδωσε, σύμφωνα τις σημειώσεις του Freud. Το άτομο απαλλάχτηκε από τις εμμονικές του αντιλήψεις και ήταν σε θέση να λειτουργήσει κανονικά στο χώρο της εργασίας αλλά και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Δεν γνωρίζουμε εάν τα αποτελέσματα της ψυχαναλυτικής θεραπείας είχαν μακροχρόνια αποτελέσματα ή αν οι ιδεοληψίες επανεμφανίστηκαν καθώς ο «Rat-Man» σκοτώθηκε κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου (Freud, 2008. O'Neil, 1996).

<sup>19</sup> Freud, 2008. O'Neil, 1996.

## Παράρτημα II

Ο Βρετανικός οργανισμός ΙΨΔ (ocduk.org, 2013) προτείνει στα άτομα που υποφέρουν από τα συμπτώματα της διαταραχής να εκφραστούν ακόμη και μέσω της ποίησης. Ακολουθώς παρατίθεται ένα από τα ποιήματα ανθρώπων με ΙΨΔ, με σκοπό την κατανόηση του πως βλέπουν οι ίδιοι τον κόσμο και τον εαυτό τους μέσα από τις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς που προκαλούνται από τη διαταραχή.

### **OCDeary me<sup>20</sup>**

Από τον :Matt C.

1. How can these hands be dirty still,  
where are these germs my brain cannot kill?  
Where is the map to ease the maze,  
corridors of circles, my head ablaze.
2. Can I not but let it lie,  
to walk away without goodbye.  
But you slowly creep upon my shoulder,  
the doubt and fear that turns me older.
3. How free you are with dirty nails,  
you float above with open sails.  
A glance below to see me stare,  
the chains that grasp, they keep me there.
4. The door is closed, but is it now,  
another glance no more I vow.  
Perhaps another, we're never too sure,  
the ultimate check, I promise no more.

<sup>20</sup>

<http://www.ocduk.org/ocdeary-me>

5. The red ignites the demon clutches,  
I cannot stand these chemical crutches.  
What I would give to walk away,  
the whispers and cries would ruin my day.

6. Look at me though I see the crime,  
a world through eyes coated in grime.  
What system must be drawn to plan,  
cheat the devil and free the man.

### **Ελεύθερη απόδοση του ποιήματος και σχολιασμός**

Ο τίτλος είναι ένα λογοπαίγνιο των αρχικών της διαταραχής O.C.D. όπου σε ελεύθερη απόδοση στα ελληνικά σημαίνει: *Το ημερολόγιο της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής μου*. Όπως θα δούμε και στην ελληνική απόδοση των στίχων, ο Matt C αν και έχει επίγνωση της κατάστασής του βρίσκεται αντιμέτωπος με τους ανύπαρκτους κινδύνους που έχει δημιουργήσει η Ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Αντιμετωπίζει την ΙΨΔ σαν τον διάβολο που πρέπει να εξαπατήσει ώστε να ελευθερωθεί από τις ιδεοληψίες και τις εμμονές του. Φοβάται τα ανύπαρκτα μικρόβια, τα οποία αν και δεν υπάρχουν το μυαλό του δεν μπορεί να τα νικήσει.

Επίσης αρνείται να φύγει από το σπίτι του, γιατί πρέπει να ελέγξει ξανά και ξανά αν έχει κλείσει την πόρτα, την οποία ενώ γνωρίζει ότι δεν είναι ανοιχτή αδυνατεί να απομακρυνθεί. Το μυαλό του βρίσκεται εγκλωβισμένο σε σκέψεις που κάνουν φαύλους κύκλους και έμμεσα αναφέρεται στη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει, λέγοντας χαρακτηριστικά ότι σιχαίνεσαι τα χημικά δεκανίκια. Και σε αυτό το σημείο επαληθεύεται, μέσα από τα λόγια ενός ατόμου με ΙΨΔ, ότι η φαρμακευτική θεραπεία δεν παρέχει μόνιμη «λύτρωση» από τη διαταραχή, ενώ παράλληλα ψάχνει να βρει τρόπους διαφυγής από αυτή.

### **Το ημερολόγιο της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής μου**

1. Πώς μπορούν αυτά τα χέρια να είναι ακόμη βρώμικα,  
όπου αυτά τα μικρόβια το μυαλό μου δεν μπορεί να σκοτώσει;  
Που είναι ο χάρτης για να διευκολύνει το λαβύρινθο,

Διάδρομοι κύκλων, το κεφάλι μου φλέγεται.

2. Αν και δεν μπορώ αφήνω το ψέμα,  
να απομακρυνθεί χωρίς αντίο.

Αλλά σιγά- σιγά παρεισφρύουν στον ώμο μου,  
η αμφιβολία και ο φόβος που με γερνάνε.

3. Πόσο ελεύθερος είσαι με βρώμικα νύχια,  
που επιπλέουν πάνω σου με ανοιχτά πανιά.

Μια ματιά παρακάτω να με δείτε να κοιτάω,  
τις αλυσίδες που με γραπώνουν και με κρατούν εκεί.

4. Η πόρτα είναι κλειστή αλλά τώρα είναι,(:)  
μία ακόμη ματιά, όχι περισσότερες το ορκίζομαι.

Ίσως ακόμη μία, ποτέ δεν είμαστε πολύ σίγουροι,  
Ο τελευταίος έλεγχος, υπόσχομαι κανέναν άλλος.

5. Το κόκκινο αναφλέγεται στα νύχια του δαίμονα,  
Δεν μπορώ να αντέξω αυτά τα χημικά δεκανίκια.

Και τι δεν θα 'δινα για να ξεφύγω,  
Από τους ψίθυρους και τις κραυγές που θα καταστρέψουν τη μέρα μου.

6. Κοίτα με αν και βλέπω το έγκλημα,  
ένας κόσμος μέσα στα μάτια επικαλυμμένος με στη βρωμιά.

Ποιο σύστημα πρέπει να σχεδιαστεί,  
ώστε να εξαπατήσει τον διάβολο και να ελευθερώσει τον άνθρωπο.

## Παράρτημα ΙΙΙ

Μελέτη Περίπτωσης από τον Bonchek, (2009).

Μία 21χρονη φοιτήτρια κολλεγίου και θρησκευόμενη, είχε τον ψυχαναγκασμό του επαναλαμβανόμενου πλυσίματος χεριών. Έπλενε τα χέρια της, χρησιμοποιώντας υπερβολικά μεγάλες ποσότητες σαπουνιού, μετά από κάθε επίσκεψη στην τουαλέτα ή κάθε φορά που αισθανόταν ότι είναι βρώμικη. Εξαιτίας των αμφιβολιών της έπλενε τα χέρια της ξανά και ξανά, χρησιμοποιώντας υγρό σαπούνι. Επίσης παρουσίαζε προβλήματα και σε άλλα θέματα, όπως στο ότι επαναλάμβανε τις προσευχές, με αποτέλεσμα να μη μπορεί να είναι συνεπής και να καθυστερεί να βγει από το σπίτι της. Λόγου χάρη εάν είχε προγραμματίσει να βγει από το σπίτι στις 10:30 π.μ., θα έπρεπε να προετοιμαστεί τουλάχιστον 2 ώρες νωρίτερα χωρίς όμως να καταφέρνει να φτάσει έγκαιρα είτε στη δουλειά της είτε στο κολλέγιο.

Ο θεραπευτής, ύστερα από επιλογή της φοιτήτριας ξεκίνησε με τον περιορισμό του πλυσίματος των χεριών, μειώνοντας την ποσότητα του σαπουνιού που χρησιμοποιούσε. Ζητήθηκε από την κοπέλα να προσπαθήσει να μην επαναλάβει το πλύσιμο των χεριών και να καταγράφει τις κινήσεις της. Παρουσίασε κάποια βελτίωση, από το απλό αίτημα της πρόληψης της απάντησης αλλά αρκετές φορές δεν μπορούσε να ακολουθήσει τις οδηγίες του θεραπευτή. Η οδηγία που της δόθηκε ήταν ότι αν έπρεπε να πλύνει τα χέρια της το έκανε μέχρι να σταματούσε να αισθάνεται την ανάγκη. Αυτό συνέβη έπειτα από τρεις φορές. Μία εβδομάδα αργότερα, εκείνη ανέφερε βελτίωση κάνοντας ένα αυθόρμητο σχόλιο όπου ανέφερε ότι ενώ ήθελε να πλύνει τα χέρια της αρκετές φορές αλλά δεν το έκανε, γιατί δεν ήθελε να επαναλάβει την πράξη τρεις φορές και έτσι δεν τα έπλενε ούτε μία!

Η τεχνική της EX/RP χρησιμοποιήθηκε και για την αδυναμία της να βγαίνει από το σπίτι την ώρα που το είχε προγραμματίσει. Της ζητήθηκε να αποφασίσει το χρόνο που ήθελε να φύγει από το σπίτι. Αυτό καταγράφηκε από το θεραπευτή και εκείνη κάθε φορά που έβγαινε από το σπίτι έπρεπε να σημειώνει κατά πόσο υπερέβη το χρόνο που είχε ορίσει. Στη συνέχεια έπρεπε να ξαναμπει στο σπίτι και να περιμένει τον επιπλέον χρόνο μέχρι την τελική της έξοδο. Τις επόμενες εβδομάδες ανέφερε ότι καθυστέρησε, σημειώνοντας υπερβολικές διακυμάνσεις από 7 έως και 40 λεπτά. Παραδέχτηκε δε, ότι



δύο από τις φορές που καθυστέρησε δεν ακολούθησε την οδηγία του θεραπευτή να επανέλθει στο σπίτι και να περιμένει τον επιπλέον χρόνο πριν την τελική της αναχώρηση. Ο θεραπευτής τη συμβούλευσε ότι πρέπει να ακολουθεί τις εντολές του χωρίς να έχει σημασία το πόσο θα καθυστερήσει, επιμένοντας στο γεγονός ότι αν και δεν μπορεί να της ζητήσει να κάνει ότι δεν μπορεί, αν θέλει να δει βελτίωση θα πρέπει να κάνει όσα δεν θέλει να κάνει. Δύο εβδομάδες αργότερα η ασθενής ανέφερε σημαντική βελτίωση, σημειώνοντας μικρές καθυστερήσεις που δεν υπερέβαιναν τα 11 λεπτά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



004000138269

